

Gesundheitsförderung und Prävention im Familienkontext

Untersuchung zur Wirksamkeit des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder*
in Abhängigkeit von der erzieherischen Kompetenz der Eltern

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde
an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von
Michaela Schönenberger Schoemaker
Von Kirchberg / SG

Angenommen im Frühjahrssemester 2011
auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Reinhard Fatke
und Herrn Prof. Dr. Guy Bodenmann

Zürich 2012

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die in den letzten Jahrzehnten konstatierte Zunahme von chronischen Gesundheitsproblemen unter der Bevölkerung westlicher Industrienationen stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, die nicht mit dem kurativen System alleine entschärft werden kann. Programme der Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen daher zunehmend an Bedeutung. Eine der Hauptzielgruppen von Gesundheitsförderung und Prävention sind Kinder und Jugendliche. Es bieten sich insbesondere Interventionen in den Lebensbereichen an, in denen diese Zielgruppe hauptsächlich verkehrt, u.a. Schule und Familie.

Das Projekt Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI) ist ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt, das die Förderung und Stärkung der personalen und sozialen Kompetenzen bei Kindern, Lehrpersonen und Eltern mittels international erprobter Interventionsprogramme zum Ziel hatte. Das Projekt wurde im Rahmen eines randomisierten, experimentellen Kontrollgruppendesigns mit drei Messzeitpunkten (Pretest, Posttest, Follow-up) wissenschaftlich evaluiert, um die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen sowie deren Kombination zu überprüfen (Fäh 2009, Schmid et al. 2008, Schönenberger et al. 2007). Vorliegende Dissertation nimmt eine Detailanalyse der ESSKI-Daten vor und analysiert einerseits Unterschiede zwischen teilnehmenden Familien und Familien, die nicht an ESSKI teilgenommen haben (Kinddaten) und prüft andererseits die Wirkweisen der Interventionsprogramme in Abhängigkeit unterschiedlicher Familienkontexte (Eltern- und Kinddaten).

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Kinder und Jugendlichen der an ESSKI teilnehmenden Familien in ihren Stärken und Schwächen nicht signifikant von den Kindern der nicht teilnehmenden Familien unterscheiden ($N=1'409$; SDQ-Einschätzung Lehrpersonen). Eine Clusteranalyse zeigt beim Pretest (hoch-)signifikante Unterschiede zwischen den drei gebildeten Erziehungskontexten (POSITIV, $N=205$; MITTEL, $N=300$; NEGATIV, $N=183$) in den folgenden Dimensionen: 1) elterliche psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, 2) Elternzufriedenheit sowie kindliche Stärken und Schwächen. Mit zunehmender Erziehungskompetenz steigt auch das selbstberichtete Wohlbefinden in den Familien an. Die Veränderungsanalyse über die drei Messzeitpunkte konnte zeigen, dass es vor allem die Eltern mit dem nachteiligsten Erziehungsverhalten sind, welche im Vergleich zu den anderen beiden Elterngruppen bezüglich ihrer psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit signifikant mehr vom Projekt ESSKI zu profitieren scheinen. In der Detailanalyse der Interventionsgruppen (Kontroll- und Experimentalgruppen) auf Einzelclusterebene konnten diese Ergebnisse nicht mehr bestätigt werden.

Summary

Objective

A constantly increasing prevalence of chronic health conditions in western industrialized nations has been observed over the last decades. This resulted in health maintenance organisations facing challenges which cannot be solved purely by providing more care services. Health promotion and prevention programmes are therefore increasingly important. Two of the main target audiences for health promotion and prevention programmes are children and adolescents. Interventions in their primary sphere of life, i.e. school and family, seem most suitable for this target group.

The project Empowerment in Family and School (EIFAS) is a research and development project which aims to enhance and promote personal and social competencies in children, teachers and parents by means of internationally proven intervention programmes. The project has previously been evaluated using a randomised, experimental versus control group design with three measuring points (pre-test, post-test, follow-up) to control the effectiveness of a number of interventions in the family and school setting independently as well as in combination (Fäh 2009, Schmid et al. 2008, Schönenberger et al. 2007). This dissertation makes a detailed analysis of the EIFAS data. Firstly it examines differences between participating families and families who have not enrolled for the programme (children data), secondly it studies the effectiveness of the intervention programmes in relation to different family contexts (childrens and parents data).

Results

The results show that children of the families who participated in the EIFAS programme do not show significant differences in strengths or weaknesses (SDQ-scores) compared to the children from non-participant-families (N=1409). A cluster analysis based on parental educational competence at base line (positive, N=205; average, N=300; negative, N=183) shows a significant difference in the following three dimensions: 1) parental mental health and resilience, 2) parental satisfaction and 3) perceived strengths and weaknesses in children. With growing parental educational competence parents report more subjective well-being and satisfaction as well as greater strength and fewer weaknesses in children. The change analysis over three measuring points has proven that mainly parents with the most unfavourable educational pattern in comparison to the other two parental clusters could profit from the EIFAS project showing more positive change in their mental health and resilience. The results could not be confirmed in the detailed analysis of the individual intervention groups (control and experimental groups over time) on a single-cluster-level.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. R. Fatke für die wohlwollende, motivierende und konstruktive Unterstützung im Arbeitsprozess und die Freiheit bei der Ausgestaltung der Arbeit.

Für die Übernahme des Zweitgutachtens bedanke ich mich bei Prof. Dr. G. Bodenmann.

Mein spezieller Dank geht an die Familien, Kinder und Lehrpersonen des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) für ihre Teilnahme und ihren aktiven Einsatz im Projekt, ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, bin ich für die Bereitstellung der Datenbasis und die Unterstützung im Arbeitsprozess dankbar.

Monika Ammann und meiner Schwester Daniela danke ich ganz herzlich für das gründliche Lektorat der Arbeit; Anita Sandmeier, Wim Nieuwenboom und Holger Schmid für ihre methodischen Hinweise und Nora Sommer für ihre Englischexpertise.

Herzlich bedanke ich mich bei meinem Mann für die Entlastung und Unterstützung während der letzten Jahre, insbesondere während der arbeitsintensivsten Phasen. Meinen Eltern, meiner Familie und meinen Freunden danke ich für die stets offenen Ohren und die motivierenden Gespräche und meinen Kindern dafür, dass sie mich auch in hektischen Arbeitsphasen zu unbeschwerten, entspannten Stunden fernab vom Bildschirm gezwungen haben.

Inhaltsverzeichnis

	Abbildungsverzeichnis	6
	Tabellenverzeichnis	7
I	Einleitung	10
2	Gesundheit in Diskurs und Praxis	14
2.1	Gesundheit im wissenschaftlichen Diskurs	14
2.1.1	Konzeptionelle und begriffliche Annäherung	15
2.1.2	Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäres Arbeitsfeld	16
2.1.3	Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaften	18
2.2	Gesundheit in der Praxis: Junge Menschen in der Schweiz	19
2.3	Zusammenfassung	21
3	Familie und Gesundheit	23
3.1	Familie als verstecktes Gesundheitssystem	25
3.2	Familiale gesellschaftliche Lage und Gesundheit von Kindern	26
3.3	Emotionale und psychosoziale Lage von Familien als Kontextmerkmal	30
3.3.1	Ehe- und Elternsubsystem und Gesundheits- und Entwicklungschancen	31
3.3.2	Eltern-Kind-Subsystem und Gesundheits- und Entwicklungschancen	32
3.3.3	Gesamtfamiliensystem und Gesundheits- und Entwicklungschancen	36
3.4	Zusammenfassung	37
4	Gesundheitsförderung und Prävention	39
4.1	Begriffliche Annäherung	39
4.2	Gesundheitsförderung und Prävention mit/bei Kindern und Jugendlichen	45
4.2.1	Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext Familie	46
4.2.2	Gesundheitsförderung im schulischen Kontext	50
4.3	Zusammenfassung	52

5	Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI)	54
5.1	Interventionsprogramme	54
5.1.1	Interventionen im Schulkontext	55
5.1.1.1	Ebene Kinder: <i>Fit und stark fürs Leben</i>	56
5.1.1.2	Ebene Lehrpersonen: <i>Die eigenen Ressourcen stärken</i>	57
5.1.2	Intervention im Familienkontext: <i>Triple P –Positive Erziehung</i>	58
5.2	Wissenschaftliche Begleitstudie	61
5.2.1	Forschungsdesign	62
5.2.2	Zielvariablen	63
5.2.3	Anwerbung der Zielgruppen	64
5.2.4	Verlauf der Erhebung	67
5.2.5	Beschreibung der Gesamtstichprobe	68
5.2.5.1	Merkmale Lehrpersonen	68
5.2.5.2	Merkmale Kinder	68
5.2.5.3	Merkmale Erziehungsberechtigte	68
5.2.6	Ergebnisse	69
6	Untersuchungsfragen	71
7	Zielgruppenerreichung: Eine Ausfallanalyse mittels Schuldaten	73
7.1	Methode	74
7.1.1	Operationalisierung des Konstrukts 'psychische Gesundheit von Kindern'	74
7.1.2	Erhebungsinstrument	74
7.1.3	Stichprobe	75
7.1.4	Datenauswertung	76
7.2	Ergebnisse Stärken und Schwächen Kinder – Lehrpersoneneinschätzung	76
7.2.1	Vergleich Stärken und Schwächen der Kinder aus teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Familien	76
7.2.2	Emotionale Probleme	77
7.2.3	Verhaltensprobleme	77
7.2.4	Hyperaktivität	78
7.2.5	Problemverhalten mit Gleichaltrigen	78
7.3	Zusammenfassung	79
8	Typologie des Erziehungsverhaltens im Projekt ESSKI	80
8.1	Methode	80
8.1.1	Operationalisierung der zentralen Konstrukte	80
8.1.2	Erhebungsinstrumente	81
8.1.2.1	Erziehungsverhalten	81
8.1.2.2	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	82
8.1.2.3	Elternzufriedenheit	84
8.1.2.4	Verhalten der Kinder	84
8.1.3	Stichprobe	85
8.1.4	Datenauswertung	85

8.2	Ergebnisse: Clusterbildung und –analyse für ESSKI-Erziehungs-Typologien	85
8.2.1	Erziehungscluster der ESSKI-Familien	85
8.2.2	Ausfallanalyse: Von Clusterbildung ausgeschlossene Fälle	87
8.2.3	Deskriptive Analyse der Cluster	88
8.2.3.1	Soziodemographische Merkmale	88
8.2.3.2	Gesundheitsindikatoren der Eltern	89
8.2.3.2.1	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	89
8.2.3.2.2	Zufriedenheit der Eltern	91
8.2.3.3	Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung	92
8.3	Zusammenfassung	94
9	Wirksamkeit von ESSKI in Abhängigkeit vom elterlichen Erziehungsverhalten	96
9.1	Ausfallanalyse: Elternteilnahme über die Projektlaufzeit in den drei Clustern	96
9.1.1	Ausfall in der Cluster-Stichprobe zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2	97
9.1.2	Ausfall in der Cluster-Stichprobe zwischen den Messzeitpunkten T1 und T3	97
9.1.3	Zusammenfassung	98
9.2	Differentielle Veränderung der Zieldimensionen nach Clusterzugehörigkeit	99
9.2.1	Datenauswertung	99
9.2.2	Ergebnisse	99
9.2.2.1	Veränderung der Gesundheitsindikatoren der Eltern nach Clusterzugehörigkeit	99
9.2.2.1.1	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	100
9.2.2.1.2	Zufriedenheit der Eltern	102
9.2.2.2	Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung	104
9.2.3	Zusammenfassung	107
9.3	Differentielle Veränderung der Zieldimensionen in den Clustern nach Interventionsgruppe	108
9.3.1	Datenauswertung	109
9.3.2	Ergebnisse	109
9.3.2.1	Veränderung in Cluster POSITIV nach Interventionsgruppe	109
9.3.2.1.1	Gesundheitsindikatoren der Eltern	109
9.3.2.1.1.1	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	110
9.3.2.1.1.2	Zufriedenheit der Eltern	112
9.3.2.1.2	Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung	114
9.3.2.2	Veränderung in Cluster MITTEL nach Interventionsgruppe	117
9.3.2.2.1	Gesundheitsindikatoren der Eltern	117
9.3.2.2.1.1	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	123
9.3.2.2.1.2	Zufriedenheit der Eltern	120
9.3.2.2.2	Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung	122
9.3.2.3	Veränderung in Cluster NEGATIV nach Interventionsgruppe	125
9.3.2.3.1	Gesundheitsindikatoren der Eltern	125
9.3.2.3.1.1	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	125
9.3.2.3.1.2	Zufriedenheit der Eltern	128
9.3.2.3.2	Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung	130
9.3.3	Zusammenfassung	132
9.3.3.1	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	132
9.3.3.2	Zufriedenheit der Eltern	133
9.3.3.3	Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung	134

10	Zusammenfassung, Diskussion und abschliessende Betrachtungen	135
10.1	Ausgangslage	135
10.2	Familienerreichung im Projekt ESSKI	137
10.3	Erziehungskontexte im Projekt ESSKI und deren Merkmale	139
10.4	Wirksamkeit der ESSKI-Interventionen in Abhängigkeit von der elterlichen Ausgangserziehungskompetenz	141
10.4.1	Ausfall der Familien über die Projektlaufzeit	142
10.4.2	Veränderung der Ausgangswerte über den Erhebungszeitraum nach Erziehungskontext und Interventionsform	143
10.5	Methodische Einschränkungen	147
10.6	Abschliessende Betrachtungen	148
	Literatur	150
	Anhang	163
Anhang A	Soziodemographische Daten der Eltern zu T1	164
Anhang B	Differenzierte Beschreibung der Clusterstichprobe zu T1, T2 und T3 (Häufigkeiten Ausfall zwischen T1-T2 und T1-T3)	166
Anhang C	Für vorliegende Arbeit relevante Fragebögen des Projekts <i>Eltern und Schule stärken Kinder</i>	173
	Curriculum vitae	182

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Policy rainbow nach Dahlgren	16
Abb. 2	Wirkfaktoren auf den Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und Kindergesundheit	24
Abb. 3	Interaktionsmodell der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit	28
Abb. 4	Wechselseitige Einflüsse des Gesamtfamiliensystems und seiner Subsysteme im Hinblick auf kindbezogene Entwicklungseffekte	31
Abb. 5	Erziehungsstile nach Steinberg (1994) und Hurrelmann (2006)	34
Abb. 6	Interventionsschritte im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	41
Abb. 7	Verlauf Rekrutierung Lehrpersonen im Projekt ESSKI	65
Abb. 8	Erziehungsverhalten in den vier Kontexten nach Clusterzugehörigkeit	86
Abb. 9	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit	90
Abb. 10	Zufriedenheit der Eltern nach Clusterzugehörigkeit	92
Abb. 11	Stärken und Schwächen der Kinder mit Schwächen – Unterskalen in der Einschätzung der Eltern	93
Abb. 12	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit	101
Abb. 13	Veränderung in der Zufriedenheit der Eltern zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 nach Clusterzugehörigkeit	103
Abb. 14	Stärken und Schwächen der Kinder mit Schwächen – Unterskalen in der Einschätzung der Eltern	105
Abb. 15	Schwächen – Unterskalen in der Einschätzung der Eltern	106
Abb. 16	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters POSITIV nach Untersuchungsgruppen	111
Abb. 17	Elternzufriedenheit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters POSITIV nach Untersuchungsgruppen	113
Abb. 18	Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters POSITIV nach Untersuchungsgruppen	115
Abb. 19	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters MITTEL nach Untersuchungsgruppen	119
Abb. 20	Elternzufriedenheit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters MITTEL nach Untersuchungsgruppen	121
Abb. 21	Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters MITTEL nach Untersuchungsgruppen	123
Abb. 22	Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters NEGATIV nach Untersuchungsgruppen	126
Abb. 23	Elternzufriedenheit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters NEGATIV nach Untersuchungsgruppen	129
Abb. 24	Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters NEGATIV nach Untersuchungsgruppen	131

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Gegenüberstellung von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung	42
Tab. 2	Formale und inhaltliche Kriterien für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme	48
Tab. 3	Beteiligung verschiedener Sozialisationsinstanzen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Kindheit und Adoleszenz	50
Tab. 4	Randomisierter Kontrollgruppenplan mit Prä-, Post- und Follow-up-Messung	63
Tab. 5	Teilnahme der Schulklassen nach Kanton	66
Tab. 6	Summenscores für die Verhaltenseinschätzung von Kindern – Strength and Difficulties Questionnaire SDQ – Lehrpersoneneinschätzung	75
Tab. 7	Test der Normaverteilung der Lehrpersonendaten zur Einschätzung des prosozialen Verhaltens der Kinder	76
Tab. 8	Test der Normalverteilung der Lehrpersonendaten zur Einschätzung des Problemverhaltens der Kinder	76
Tab. 9	Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung TI teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder	77
Tab. 10	Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung TI teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu emotionalen Problemen	77
Tab. 11	Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung TI teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu Verhaltensproblemen	78
Tab. 12	Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung TI teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu Hyperaktivität	78
Tab. 13	Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung TI teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu Problemverhalten mit Gleichaltrigen	79
Tab. 14	Interpretation der Werte der DASS-K	83
Tab. 15	Summenscores für die Verhaltenseinschätzung von Kindern– Strength and Difficulties Questionnaire SDQ – Elterneinschätzung	84
Tab. 16	Verteilung der drei Erziehungsverhaltens-Cluster	86
Tab. 17	Unterschiede soziodemographischer Merkmale zwischen Familien in Clustern und von Berechnung ausgeschlossenen Familien	88
Tab. 18	Unterschiede soziodemographischer Merkmale nach Clusterzugehörigkeit	89
Tab. 19	Unterschiede der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit	90
Tab. 20	Gruppenunterschiede in den Konstrukten psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit	91
Tab. 21	Unterschiede der Elternzufriedenheit nach Clusterzugehörigkeit	91
Tab. 22	Gruppenunterschiede in den Konstrukten Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit nach Clusterzugehörigkeit	92
Tab. 23	Unterschiede der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit	93
Tab. 24	Gruppenunterschiede in den Konstrukten Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit	94

Tab. 25	Ausfall der Cluster zwischen T1 und T2	97
Tab. 26	Ausfall der Cluster zwischen T1 und T3	98
Tab. 27	Verteilung der Eltern mit gültigen Werten auf den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die drei Cluster	100
Tab. 28	Differentielle Veränderung der Psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit	101
Tab. 29	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Konstrukte psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit	102
Tab. 30	Verteilung der Eltern mit gültigen Werten auf den Dimensionen Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit auf die drei Cluster	102
Tab. 31	Unterschiede in der Veränderung der Elternzufriedenheit zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Clusterzugehörigkeit	104
Tab. 32	Veränderung der Konstrukte (Changewerte) Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 nach Clusterzugehörigkeit	104
Tab. 33	Verteilung der Eltern mit gültigen Werten auf den Dimensionen Stärken und Schwächen der Kinder auf die drei Cluster	105
Tab. 34	Unterschiede der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3	106
Tab. 35	Veränderung der Konstrukte Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3	107
Tab. 36	Verteilung der Familien des Clusters POSITIV auf die vier Untersuchungsgruppen	109
Tab. 37	Verteilung der Eltern des Clusters POSITIV mit gültigen Werten in den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die vier Untersuchungsgruppen	110
Tab. 38	Differentielle Veränderung der Psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit in Cluster POSITIV nach Untersuchungsgruppe	111
Tab. 39	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe im Cluster POSITIV	112
Tab. 40	Verteilung der Eltern des Clusters POSITIV mit gültigen Werten in den Dimensionen Elternzufriedenheit auf die vier Untersuchungsgruppen	113
Tab. 41	Differentielle Veränderung der Elternzufriedenheit zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV	114
Tab. 42	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 der Konstrukte Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV	114
Tab. 43	Verteilung der Familien des Clusters POSITIV mit gültigen Werten in den Dimensionen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten auf die vier Untersuchungsgruppen	115
Tab. 44	Differentielle Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV	116
Tab. 45	Gruppenunterschiede in der Veränderung zu T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte kindliche Stärken und Schwächen in der Elterneinschätzung nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV	117
Tab. 46	Verteilung der Familien des Clusters MITTEL auf die vier Untersuchungsgruppen	117
Tab. 47	Verteilung der Eltern des Clusters MITTEL mit gültigen Werten in den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die vier Untersuchungsgruppen	118
Tab. 48	Differentielle Veränderung der Psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit in Cluster MITTEL nach Untersuchungsgruppe	119

Tab. 49	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe im Cluster MITTEL	120
Tab. 50	Verteilung der Eltern des Clusters MITTEL mit gültigen Werten in den Dimensionen Elternzufriedenheit auf die vier Untersuchungsgruppen	121
Tab. 51	Differentielle Veränderung der Elternzufriedenheit in Cluster MITTEL nach Untersuchungsgruppe	122
Tab. 52	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Dimensionen zur Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe im Cluster MITTEL	122
Tab. 53	Verteilung der Familien des Clusters MITTEL mit gültigen Werten in den Dimensionen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten auf die vier Untersuchungsgruppen	123
Tab. 54	Differentielle Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL	124
Tab. 55	Gruppenunterschiede in der Veränderung zu T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte kindliche Stärken und Schwächen in der Elterneinschätzung nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL	124
Tab. 56	Verteilung der Familien des Clusters NEGATIV auf die vier Untersuchungsgruppen	125
Tab. 57	Verteilung der Eltern des Clusters NEGATIV mit gültigen Werten in den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die vier Untersuchungsgruppen	126
Tab. 58	Differentielle Veränderung der Psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit in Cluster NEGATIV nach Untersuchungsgruppe	127
Tab. 59	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Konstrukte psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe im Cluster NEGATIV	128
Tab. 60	Verteilung der Eltern des Clusters NEGATIV mit gültigen Werten in den Dimensionen Elternzufriedenheit auf die vier Untersuchungsgruppen	128
Tab. 61	Differentielle Veränderung der Elternzufriedenheit zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV	129
Tab. 62	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV	130
Tab. 63	Verteilung der Familien des Clusters NEGATIV mit gültigen Werten in den Dimensionen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten auf die vier Untersuchungsgruppen	130
Tab. 64	Differentielle Veränderung der kindlichen Stärken und Schwächen mit Unterskalen zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV	131
Tab. 65	Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte kindliche Stärken und Schwächen nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV	132

I Einleitung

Mit den im Zuge der Globalisierung einhergehenden sozialen und ökonomischen Veränderungen werden zunehmend neue Erwartungen an die Heranwachsenden von heute herangetragen, insbesondere bezüglich ihrer individuellen Ressourcen, ihrer Leistungsfähigkeit und individuellen Fertigkeiten sowie ihrer Qualifikationen, aber auch hinsichtlich ihrer eigenen Gesunderhaltung. In den letzten Jahrzehnten zeichnet sich eine deutliche Zuspitzung der Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Übergewicht, Allergien, Haltungsschäden, Konzentrations- und Verhaltensstörungen, Gewaltbereitschaft und Risikoverhalten ab (vgl. Trojan 2002). Dabei sind soziale Auffälligkeit, psychische Probleme und körperliche Erkrankungen häufig Symptome einer Überbeanspruchung der individuellen Bewältigungskapazität (Erhart et al. 2008). Es ist demnach nicht verwunderlich, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, und insbesondere psychischen Belastungen, nach wie vor hoch ist (vgl. Malti & Perren 2008).

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass mit der Zunahme chronischer, psychosozialer sowie degenerativer Erkrankungen auch unter Kindern und Jugendlichen die Herausforderung an die Gesunderhaltung nicht mehr allein durch medizinische Versorgungssysteme gelöst werden. Als Konsequenz hiervon wird eine systematische Integration von Gesundheitsförderung und Prävention im Versorgungsalltag gefordert mit dem Ziel einer langfristigen Reduktion der Verbreitung von chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie zur Sicherung und Erweiterung der Lebensqualität (vgl. Hurrelmann & Laaser 2006).

Kinder und Jugendliche sind für die Gesundheitsförderung und Prävention eine Hauptzielgruppe. Erstens reagieren sie höchst sensibel auf Veränderungen in der Gesellschaft, zweitens wirkt sich die Entwicklung ihrer individuellen Gesundheitsbiographie ab Geburt auf den gesamten Lebensverlauf aus. Drittens ist dies eine Gruppe, die sich in einer zentralen Phase ihrer Entwicklung befindet. Deshalb ergibt sich bei dieser Altersgruppe ein grosses Potential der Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitseinstellungen und die gesundheitliche Bildung (vgl. Homfeldt & Sting 2006: 131). Seit Beginn der 1990er Jahre haben denn auch gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen international an Bedeutung gewonnen, welche auf die Förderung der Lebenskompetenzen von Kindern und jungen Erwachsenen abzielen. Durch eine gezielte Förderung und Stärkung psychosozialer Kompetenzen werden junge Menschen dabei unterstützt, sich vor Gesundheitsrisiken zu schützen sowie positive und gesunde Beziehungen einzugehen (vgl. WHO 2002a). Das bedeutet letztlich die Unterstützung im Umgang mit (inneren und äusseren) Anforderungen sowie (persönlichen und sozialen) Konflikten und daraus resultierendem Stress. Kinder können in einer wichtigen Phase ihrer Entwicklung gestärkt und fürs Leben vorbereitet werden.

Insbesondere in der Schule werden Programme umgesetzt, welche helfen, die zentralen Lebenskompetenzen von Kindern zu stärken. Die Schule bietet sich als Setting von Interventionsprogrammen an, in erster Linie aufgrund der einfachen Zielgruppenerreichung (Kinder und Jugendliche) sowie wegen ihrer homogenisierenden Wirkung. Zudem wird den organisierten Erziehungsinstitutionen - und damit u.a. der Schule aufgrund des durch veränderte Familienstrukturen abnehmenden Erziehungseinflusses von Eltern - eine zunehmende Relevanz für die sozioemotionale Entwicklung von Kindern beigemessen (vgl. Settertobulte et al. 1997). Im Gegensatz zu Familien ist die Schule ein formales System. Zentral ist die Vermittlung von Fachleistungskompetenzen. In den letzten Jahren wurde die Schule aber auch vermehrt als Ort der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ins Zentrum gerückt und geriet damit ins Spannungsverhältnis zwischen

der Schule als Wissensvermittlerin und Qualifikationsinstanz einerseits und der Schule als Sozialisationsagentur andererseits. Dieses Spannungsverhältnis wirkt auch heute noch; trotzdem kann die Schule inzwischen zu den klassischen Settings der Gesundheitsförderung und Prävention gezählt werden.

Anders sieht dies für das Setting Familie aus. In den letzten Jahren hat sich zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass Familien die gesundheitliche Entwicklung ihrer Mitglieder - und insbesondere die in ihr aufwachsenden Kinder - für den weiteren Lebensverlauf nachhaltig prägen. Es ist unbestritten, dass der Familie als Ort der primären Pflege und Betreuung sowie als zentrale Sozialisations- und Erziehungsinstanz eine wichtige Rolle in der Gesundheitsherstellung und -erhaltung zukommt. Desto erstaunlicher ist es, dass die Familie bisher eher marginal im Gesundheitsdiskurs verortet ist. Dies liegt u.a. daran, dass die Familie öffentlich kaum sichtbar ist (vgl. Sting 2007, Schnabel 2001), sich im Vergleich zu anderen, formalen Systemen durch eine relativ hohe Abgeschlossenheit auszeichnet und dass damit vor allem im Hinblick auf die Umsetzung von Interventionsmassnahmen eine hohe Abhängigkeit von Akzeptanz und Freiwilligkeit auf Seiten der Familien gegeben ist (vgl. Bals et al. 2008). Nach wie vor wird die Familie als soziales System gesellschaftlich dann relevant, wenn sie ihre Funktionsweise nicht mehr vollumfänglich zu erfüllen vermag. Dennoch wurde in den letzten Jahren verstärkt auf die Relevanz des Settings Familie für die Anliegen von Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel einer positiven Gestaltung von Gesundheitsbiographien - insbesondere von Kindern - hingewiesen: Denn Familien stellen sowohl Risiko als auch Ressource für ihre Mitglieder dar, sie vermitteln im Rahmen familialer Sozialisationsprozesse Gewohnheiten und Bewältigungsstrategien mit einer hohen Gesundheitsrelevanz und sind Ort der primären Pflege und Betreuung. Eine zentrale Strategie der Förderung von Gesundheit in der Familie ist die Unterstützung und Stärkung der Elternkompetenz durch Familienbildungsprogramme (Herlth 2008).

Da die Erreichung von Eltern, wie oben angedeutet aufgrund der relativen Abgeschlossenheit von Familien gegen aussen, für Familienbildungsprogramme eine, wenn nicht gar die Herausforderung bildet, wurde mehrfach vorgeschlagen, das Familiensetting mit anderen Settings, in denen Kinder und Jugendliche verkehren, verstärkt zu vernetzen (ebd.). Es verdichten sich zudem Hinweise darauf, dass Programme, welche in mehreren Settings arbeiten, für die Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention besonders erfolgreich zu sein versprechen (vgl. Miller et al. 1998). Durch die Verbindung von familienorientierten und schulischen Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention können Risikofaktoren reduziert und Verhaltensprobleme der Kinder gemildert werden (Rhodes & Jason 1988). Somit können Familien und Schulen gleichzeitig für die Anliegen von Gesundheitsförderung und Prävention aktiviert werden.

Diese beiden Interventionsansätze verbindet das Forschungs- und Entwicklungsprojekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI), das zwischen 2004 und 2006 federführend durch das Kompetenzzentrum RessourcenPlus R+ der Hochschule für Soziale Arbeit und der Pädagogischen Hochschule der Fachhochschule Nordwestschweiz in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Fribourg, der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme sowie der Pädagogischen Hochschule Zürich durchgeführt wurde. Das Projekt sollte durch die kombinierte Intervention von verschiedenen Programmen (für Kinder, Eltern und Lehrpersonen) in Schule und Familie eine möglichst grosse Wirksamkeit für die psychische Gesundheit und soziale Kompetenz der Kinder entfalten. Gleichzeitig sollten auch Eltern und Lehrpersonen als Mediatorinnen und Mediatoren in ihrer Tätigkeit als Erziehende, Gestaltende von Lernumwelten und Wissensvermittler gestärkt und zusätzlich in ihrer persönlichen Gesundheit und dem eigenen Wohlbefinden gefördert werden. Das Projekt ESSKI wurde mittels eines experimentellen Forschungsdesigns wissenschaftlich evaluiert, um die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen sowie deren Kombination zu überprüfen. Es wurde davon ausgegangen, dass der gleichzeitige Einsatz der Interventionsprogramme auf mehreren Ebenen die grösste Wirksamkeit im Sinne

der Gesundheitsförderung erzielt. Die im Rahmen der Begleitstudie zu drei Messzeitpunkten (Prä-, Post-test, Follow-up) erhobenen Daten bei den am Forschungsprojekt beteiligten Kindern, Eltern und Lehrpersonen liegen dieser Dissertation zugrunde. Dabei gilt es in erster Linie zu prüfen, wie sich die Interventionen in Abhängigkeit von der elterlichen Ausgangserziehungskompetenz ausgewirkt haben.

ESSKI hatte sich zum Ziel gesetzt, auch ausgewiesene Risikogruppen für gesundheitliche und soziale Defizite zu erreichen und zu fördern, d.h. Familien, welche bis anhin nur schwierig mit Familienbildungsinterventionen erreicht werden konnten, sei dies aus zeitlichen, finanziellen oder soziokulturellen Gründen (Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund, Familien mit bildungsfernen Erziehenden). Erfahrungen aus Programmen mit Familien haben gezeigt, dass vor allem unterprivilegierte Elterngruppen, die aufgrund ihrer psychosozialen und ökonomischen Zusatzbelastungen häufig mehr Erziehungsprobleme haben, von Angeboten im Allgemeinen und von Elternbildungsprogrammen im Besonderen am wenigsten Gebrauch machen oder frühzeitig aus dem Training ausscheiden (vgl. Bauer & Bittlingmayer 2005, Heinrichs et al. 2006c). Einerseits wird dies zurückgeführt auf die sowohl konzeptionell als auch pragmatisch unreflektierte Mittelschichtorientierung von Ansätzen der Prävention, ihre kommunikative Verengung auf Printmedien und ihre *Komm-Stuktur* (vgl. Fanzkowiak & Wenzel 2001, Ortmann & Waller 2005), andererseits auf die erhöhte Ablehnung und fehlende Motivation bei Zielgruppen mit einem erhöhten Risiko aufgrund der Inkongruenz mit dem eigenen Lebensstil (vgl. Bauer 2005). Aus diesem Grund wurde im Rahmen von ESSKI eine niederschwellige Interventionsform des Elternbildungsprogramms *Triple P* umgesetzt, das in Begleitung eines individuellen Coachings von zu Hause aus (Videogestützte Printunterlagen) absolviert werden konnte und gratis angeboten wurde.

Mit vorliegender Dissertation sollen die Zugangsbarrieren des Projekts sowie die Wirkungsweisen der Interventionsprogramme in Abhängigkeit von unterschiedlichen Familienkontexten näher untersucht werden. Für diese Arbeit lassen sich drei Hauptfragestellungen formulieren, welche mit den Daten aus der Begleitstudie von ESSKI beantwortet werden sollen:

- I. Wurden - wie dies oft in der Fachliteratur beschrieben wird - vor allem Eltern von gesunden, unauffälligen Kindern mit dem Angebot ESSKI erreicht und damit jene von psychisch weniger gesunden und auffälligeren Kindern weniger rekrutiert?**
- II. Zeichnen sich diejenigen Familien, welche mit einem weniger vorteilhaften elterlichen Erziehungsverhalten ins Programm ESSKI gestartet sind, durch eine schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie eine geringere Elternzufriedenheit aus, und erzielen deren Kinder höhere Werte bezüglich des auffälligen Verhaltens und geringere Werte im prosozialen Verhalten?**
- III. Kann die Gruppe Familien mit tieferen Ausgangswerten in ihrer Erziehungskompetenz ebenso von den ESSKI-Interventionen profitieren wie diejenigen Eltern, deren Erziehungsverhalten als positiv einzuschätzen ist, und welche Interventionen sind besonders unterstützend?**

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wird in einem ersten, theoretisch angelegten Teil (Kapitel 2-5) der Gesundheitsdiskurs näher beleuchtet, hier speziell auch die Rolle der Sozialen Arbeit als einer zentra-

len Disziplin und Profession der Gesundheitswissenschaften. Ein kurzer Abriss zur Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz zeigt die Relevanz von Interventionen zur Förderung von Gesundheit eindrücklich auf.

Da sich die vorliegende Arbeit insbesondere mit dem Familiensetting näher auseinandersetzt, werden die Einflussfaktoren von der Herkunftsfamilie als Ressource und Risiko für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beleuchtet. Dabei stehen die sozioökonomischen, psychosozialen und emotionalen Kontextmerkmale von Familien und deren Einfluss auf eine gesunde und gelingende Entwicklung von Kindern im Vordergrund.

In einem dritten Schritt wird der Diskurs um Gesundheitsförderung und Prävention aufgerollt und die Relevanz der beiden Settings Familie und Schule für diese Interventionsstrategien näher beleuchtet sowie die Rolle von Sozialer Arbeit in diesem Arbeits- und Diskursfeld diskutiert.

In einem weiteren Kapitel wird das Projekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) detailliert beschrieben, sowohl hinsichtlich der einzelnen Programmkomponenten als auch bezüglich der Begleitstudie.

In einem zweiten, empirischen Teil (Kapitel 6-9) werden die im Rahmen des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) gewonnenen Evaluationsdaten der Lehrpersonen und Eltern analysiert. Mit den aus dem Projekt ESSKI gewonnenen Daten gilt es als erstes zu prüfen, welche Familien mit der Familienbildungsintervention erreicht werden konnten. Dabei ist ausschlaggebend, wie die Lehrpersonen die Stärken und Schwächen der Schulkinder einschätzten. Diese Einschätzungen liegen zu allen 1409 Schulkindern in ESSKI vor.

In einem weiteren Schritt werden nur noch die Daten der an der Evaluation teilnehmenden Eltern einer Analyse zugeführt. Mittels Clusteranalyse werden unter diesen Eltern typische Konstellationen von Erziehungsverhalten gesucht. Das Ziel ist, Familien mit ähnlichen Erziehungseinstellungen zusammenzufassen und bezüglich ihrer Merkmale näher zu beschreiben, einerseits hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Merkmale, andererseits in Bezug auf ihre psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, ihrer Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit sowie der Stärken und Schwächen ihrer Kinder.

Eine Ausfallanalyse soll danach zeigen, ob die Personen, welche im Posttest bzw. Follow-up nicht mehr befragt werden konnten, aus eher problematischen Konstellationen der Erziehungskontexte stammen. Im Anschluss daran werden die einzelnen Erziehungscluster in Bezug auf ihr Veränderungsverhalten über die drei Messzeitpunkte analysiert bezüglich der Veränderung in der psychischen Befindlichkeit der Eltern, ihrer Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit, andererseits bezüglich der Stärken und Schwächen ihrer Kinder. Es wird getestet, ob diese Veränderungen überzufällig zustande gekommen sind. Sollten signifikante Unterschiede gefunden werden können, wäre dies ein Hinweis darauf, dass Eltern (bzw. Kinder) - je nach der Qualität ihres Erziehungsverhaltens - unterschiedlich von den im Projekt ESSKI angebotenen Familien- und Schulinterventionen profitieren konnten. In einem letzten Analyseschritt wird der Frage nachgegangen, ob sich innerhalb der gebildeten Erziehungscluster Unterschiede in der Veränderung der genannten Zielvariablen über die Zeit hinsichtlich der Interventionsart (Schule, Schule-Elternhaus, Elternhaus, Kontrollgruppe) nachweisen lassen.

Zum Schluss werden die Ergebnisse sowie das Gesamtprojekt ESSKI kritisch beleuchtet, und es werden grundsätzliche Überlegungen bezüglich sozialpädagogischer Interventionen im Feld der Gesundheitswissenschaften, insbesondere im Setting Familie, und der Rolle der Sozialen Arbeit diskutiert (Kapitel 10).

2 Gesundheit in Diskurs und Praxis

Der Gesundheitsdiskurs in entwickelten Industrienationen muss klar unterschieden werden von den Bemühungen um Gesundheit in Schwellen- und Entwicklungsländern. Die Herausforderungen können aufgrund der Gegebenheiten unterschiedlicher nicht sein. In den entwickelten Industrienationen sehen sich die Menschen kaum durch medizinische Unterversorgung, Unterernährung, Dürre usw. bedroht, wie dies für weite Teile des Globus der Fall ist. Der Diskurs in den entwickelten Industrienationen hat sich deshalb im Laufe des 20. Jahrhunderts von der Senkung der Sterberate über die Sicherung des medizinischen Zugangs hin zur Gesunderhaltung verschieben können. Kickbusch spricht gar von drei Gesundheitsrevolutionen und konstatiert, dass wir heute in der dritten angekommen sind:

„Die Erste sicherte uns das Überleben, die Zweite den Zugang zur medizinischen Versorgung. Heute müssen wir mit der Entwicklungsdynamik und den Konsequenzen der Gesundheitsgesellschaft zurechtkommen.“ (Kickbusch 2006: 5)

Gesundheit hat sich von einer offenen Option für gesundheitsdienliche Lebensarrangements hin zu einer gesellschaftlichen Herausforderung, zur "Kritik und Krise moderner Wohlfahrtssysteme" (Hanses 2008: 12) gewandelt. Diese Entwicklung kann auf die Zunahme chronischer und psychosozialer Krankheiten sowie von degenerativen Erkrankungen - und die oft mit ihr verbundene Multimorbidität aufgrund der veränderten Altersstruktur - zurückgeführt werden, welche eine grosse Herausforderung an die medizinischen Versorgungssysteme und an die Gesellschaft stellen. Der Diskurs wird zunehmend über die Finanzierbarkeit von Versorgungsleistungen geführt anstelle über medizinische oder gesundheitswissenschaftliche Erwägungen: "Gesundheit ist nicht mehr jene konkrete Utopie der 1980er Jahre, nicht Vision und Synonym für eine bessere Lebenswelt, sondern unabdingbare Notwendigkeit geworden, um die vermeintliche finanzielle Überlastung im Gesundheitswesen abzuwenden." (Hanses 2008: 13) Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass auch verstärkt über die Prozesse der Gesunderhaltung nachgedacht wird. Diese intensivierte Fokussierung der letzten Jahre auf die Gesunderhaltung und deren Prozesse sowie der Vormarsch chronischer Erkrankungen weisen wiederum dem stark kurativ ausgerichteten Gesundheitswesen in den westlichen Industrienationen eine zunehmend marginalere Rolle zu (vgl. Nordenfelt 1998).

2.1 Gesundheit im wissenschaftlichen Diskurs

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Gesundheit in der Gründungsurkunde von 1946 als einen Zustand „völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1946) und nicht nur über die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen definiert. Die WHO erweitert damit die Negativdefinition mit einer eigenständig positiven Zustandsperspektive und stellt das subjektive Befinden in den Mittelpunkt. Das Recht auf Gesundheit besteht unabhängig von Rasse, Religion, politischer Einstellung und ökonomischen oder sozialen Bedingungen; damit erhebt die WHO das Recht auf Gesundheit in den Stand eines Menschenrechts.

Von diesem Ideal der Chancengleichheit im Sinne einer Gleichverteilung des Wertes Gesundheit ist die Weltgemeinschaft jedoch noch weit entfernt, und sie wird es auch nie vollständig einlösen können. Trotz des idealistischen Charakters, der offenen Formulierung sowie der heute als überholt geltenden dualen

Polarisierung in gesund und krank gibt die WHO-Begriffsbestimmung von Gesundheit eine „Leitorientierung für die Suche nach neuen theoretischen Begriffsbestimmungen von Gesundheit in unterschiedlichen Kontexten“ (Homfeldt & Sting 2006: 69) und setzt ein deutliches Signal, "Gesundheit und Krankheit interdisziplinär und multidimensional zu verstehen" (Erhart et al 2008: 424).

2.1.1 Konzeptionelle und begriffliche Annäherung

Seit die WHO die Definition von Gesundheit und Krankheit als einander ergänzende Pole mit einer mechanistischen Wirkweise und der Umschreibung von Gesundheit als dem einwandfreien Funktionieren der organischen Teile (Zellen, Organe, Körper) in Frage gestellt hatte, wurden die beiden Konzepte immer stärkeren Differenzierungen unterworfen. Lennart Nordenfelt und Aaron Antonovsky wollten Gesundheit und Krankheit mit je eigenen Ansätzen (Konzept der Lebensqualität bzw. Salutogenesekonzept) holistisch fassen und dabei somatische, psychologische, kulturelle und soziale Dimensionen des menschlichen Lebens berücksichtigen (vgl. Gimmler 2002: 71). Insbesondere Antonovskys Konzept der Salutogenese - in Ergänzung zu den in der Biomedizin gängigen pathogenetisch ausgerichteten Ansätzen - löste eine Umorientierung im Gesundheits- bzw. Krankheitsdiskurs von der Defizitorientierung hin zur Ressourcenperspektive aus. Damit wurden neben den Ursachen von Krankheiten und Risiken zunehmend auch die Potenziale und Ressourcen von Menschen zu ihrer eigenen Gesundherhaltung und Gesundung ins Zentrum gerückt. Auch die bipolare Auffassung von Krankheit und Gesundheit wurde durch Antonovskys Grundannahme eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums aufgeweicht, in dem Gesundheit nicht als Zustand, sondern als ein Prozess aufgefasst wird, der sich im Lebensvollzug von Menschen, zwischen Menschen und in sozialen Kontexten abspielt. Die Position, welche Individuen auf dem mehrdimensionalen Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit einnehmen, bestimmt sich einerseits durch die Risiken, denen sie sich ausgesetzt sehen (physische, biochemische oder psychosoziale) und andererseits durch die Schutzfaktoren, welche helfen, die Wirkung der Risiken im Rahmen ihrer Pufferfunktion abzumildern und gleichzeitig einen direkten Einfluss auf die Positionierung zu nehmen (vgl. Kolip 2003, Blättner 2007).¹

Neben den beiden Konzepten von Gesundheit und Krankheit hat auch vermehrt der Begriff der Lebensqualität in den Begriffsdiskurs Einzug gehalten, vor allem unter Rückgriff auf ethische Erwägungen (vgl. Nordenfelt 1998). Das Lebensqualitätskonzept ist eng verbunden mit den Konzepten von Gesundheit und Krankheit, da diese die subjektive Lebensqualität nachhaltig beeinflussen können:

"Health is the specific physical, psychical and social state of a person allowing a maximum of quality of life with respect to his enjoyment, satisfaction and meaningfulness in a given social situation." (Aumüller & Blümel 2002: 142)

Das Lebensqualitätskonzept berücksichtigt damit neben den Dimensionen von Krankheit und Gesundheit auch die Dimension des *guten Lebens* (vgl. Wulff 2002).

Trotz vielfacher Bemühungen um eine begriffliche und gegenständliche Bestimmung der Konzepte Gesundheit und Krankheit konnte keine abschliessende definitorische Einigung erzielt werden. Nicht zuletzt auch deshalb, weil wissenschaftliche Konzepte und Begriffe von Gesundheit und Krankheit zwangsläufig mit unterschiedlichen lebensweltlich verankerten Sichtweisen und Kategorien konkurrieren.

¹ Wichtige Faktoren in Antonovskys Modell sind Stressoren (physikalische, biochemische, psycho-soziale) und Generalisierte Widerstandsquellen (u.a. materieller Wohlstand, Wissen, Intelligenz, Ich-Identität, Rationalität, Flexibilität, soziale Unterstützungssysteme) sowie der Kohärenzsinn (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit).

Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden als Leitziele, wie sie von der WHO definiert werden, können für jedes Individuum etwas anderes bedeuten. Sie sind subjektiv, sozial, kulturell und biographisch geprägt, sie lehnen sich an tradierte Denk- und Handlungsweisen an und sind institutionalisiert. Gleichzeitig werden sie in der sozialen Praxis und im Aneignungshandeln immer wieder neu hergestellt (vgl. Hanses 2007). In den letzten Jahren wurde zunehmend die normative Dimension der Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität betont, da sie immer auch ein Ergebnis sich wandelnder Gruppeninteressen und Diskurse sind (vgl. u.a. Gimmler 2002, Hanses 2007, Filsinger & Hofmeldt 2001). Die kulturelle Wahrnehmung des *normalen* Körpers wird in die Sinn- und Wertvorstellungen einer Gesellschaft übernommen. Diese wiederum gründet auf der konzeptionellen Voraussetzung, das individuelle Leben sei menschlich gestalt- und veränderbar (vgl. Brunnert 2007). Dass diese normative Einschreibung in die Konzepte von Gesundheit und Krankheit damit weitreichende Implikationen für die Bestrebungen zur Förderung von Gesundheit bei Menschen und der Zurückdrängung von Krankheit haben, liegt auf der Hand (vgl. dazu Kapitel 4.3).

2.1.2 Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäres Arbeitsfeld

In den letzten zehn Jahren hat die Erkenntnis, dass ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren auf die Gesundheit von Menschen einwirkt, im internationalen Diskurs zunehmend an Wichtigkeit gewonnen. Als Bedingungsfaktoren für die Gesundheit bzw. Krankheit von Menschen können drei Dimensionen festgehalten werden: Die personalen Faktoren wie genetische Disposition und körperlich-psychische Konstitution, Verhaltensfaktoren wie Essgewohnheiten und psychische Spannungsregulation sowie Verhältnisfaktoren, zu denen der sozioökonomische Status, gesundheitliche Versorgungslage usw. zählen (vgl. Hurrelmann 2006). Versuche wurden unternommen, die konkreten relevanten Gesundheitsdeterminanten in einem Modell festzuhalten. Eines dieser Modelle ist der 'policy rainbow' von Dahlgren (vgl. Abb. 1). Dieses Modell integriert generelle sozioökonomische und kulturelle Voraussetzungen, Umweltbedingungen, soziale Determinanten der Gesundheit sowie feststehende, die Gesundheit beeinflussende Faktoren (Alter, Geschlecht, genetische Anlage).

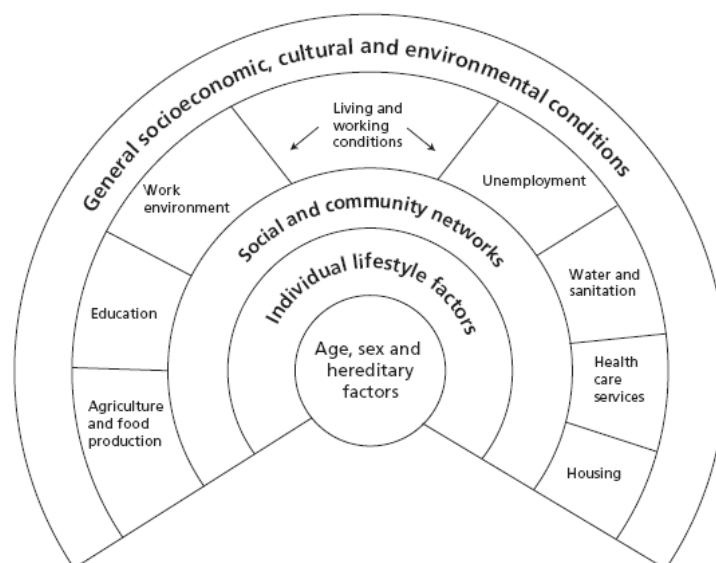


Abbildung 1: Policy rainbow nach Dahlgren (Morgan 2004: 10)

Das Modell leistet eine Zusammenstellung von gesundheitsdeterminierenden Faktoren und den Gesundheitschancen von Menschen, es gibt jedoch keine Auskunft über das Ausmass des Einflusses des jeweiligen Faktors auf die Gesundheit eines Menschen bzw. auf die anderen auf die Gesundheit Einfluss nehmenden Faktoren.

„The model prompts questions about how much the factors in each layer influence health, what is the feasibility of changing specific factors and what action would be required for the factors in one layer to influence those to which they are linked in others.“ (Morgan 2004: 11)

Die verschiedenen Disziplinen, welche sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, konzentrieren sich je nach Ausrichtung auf eine bis zwei Dimensionen der Einflussfaktoren.

Biomedizinische und psychologische Ansätze favorisieren die personalen Faktoren und die gegenseitige Beeinflussung mit den Verhaltensfaktoren. Erziehungswissenschaftliche und verhaltensorientierte Ansätze konzentrieren sich stärker auf die Verhaltensfaktoren, während sozialwissenschaftliche und ökonomische Ansätze eher Verhältnisfaktoren im Wechselspiel mit Gesundheitsverhalten untersuchen und reflektieren (vgl. Hurrelmann 2006). Diese Dimensionen wirken jedoch nicht unabhängig voneinander, sondern beeinflussen sich gegenseitig. Aus diesem Grund kann Gesundheit nur mittels multidisziplinärer Ansätze theoretisch reflektiert und erörtert sowie wirkungsvoll gefördert werden, denn „die Frage danach, was Gesundheit denn eigentlich sei, wie wir ihrer als Einzelindividuen und als Angehörige von Gruppen, Institutionen und Organisationen teilhaftig werden können oder was wir für ihre künftige Sicherung unternehmen sollten, lässt sich [...] weder durch eine Disziplin allein, [sic] noch durch die blosse Addition einzelwissenschaftlicher Teilkenntnisse beantworten“ (Schnabel 2001: 12).

Diesem Anspruch haben sich die Gesundheitswissenschaften, definiert als "die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemerhaltung des Gesundheitswesens" (Hurrelmann et al. 2006: 11), gestellt. Sie konzentrieren ihr Tätigkeitsfeld auf das Verständnis und die Determinanten von Gesundheit und Krankheit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsförderung und Prävention, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Pflege (vgl. ebd.) und sind disziplinübergreifend tätig (u.a. Soziologie, Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziale Arbeit, Politikwissenschaften, Ökonomie).² Entsprechend vielfältig sind die theoretischen und praktischen (Handlungs-)Modelle, mit denen der Gegenstandsbereich konzeptualisiert wird (vgl. Filsinger & Homfeldt 2001).

Die Gesundheitswissenschaften überbrücken die Kluft zwischen den Natur- und Sozialwissenschaften sozusagen naturgemäss, da die Frage nach den Bedingungen von Krankheit und Gesundheit den ganzen Menschen tangiert, in seiner körperlichen, psychischen, seelischen, biologischen und sozialen Geartetheit und Abhängigkeit. Gesundheitswissenschaft ist in diesem Sinne eine Wissenschaft vom Menschen, die eine Kooperation der verschiedenen Disziplinen geradezu einfordert, denn nur so lässt sich verstehen, "wie soziale, seelische und physiologische Prozesse zusammenhängen, welche Wechselwirkungen zwischen Sozialstruktur, Gesundheit und Verhalten bestehen, wodurch sich gesundheitsförderliche von gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensweisen unterscheiden" (Badura et al. 2006: 184). Die biographische Bedingtheit von Gesundheitsverständnis und Gesundheitshandeln und das Verständnis derselben als Ausdruck sozialer Herstellungspraxen rufen nach einer Aufweichung der durch in erster Linie die Medizin propagierten Objektivität der Konzepte in ihrem Gegenstandsbereich.

² Zur Geschichte der Gesundheitswissenschaften sowie der Relevanz der einzelnen Disziplinen für die Gesundheitswissenschaften und vice versa vgl. diverse Beiträge in Hurrelmann et al. (2006).

2.1.3 Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaften

Insbesondere die Soziale Arbeit - als Wissenschaft und als Profession - nimmt in diesem Zusammenhang einen zentralen Stellenwert ein, kann sie doch Krankheit und Gesundheit vorrangig unter biographischen und lebensweltlichen Aspekten, also auch im Kontext von Soziallagen und sozialen Beziehungen, analysieren und als Sinn strukturierenden Handlungsraum von alltäglicher Lebenspraxis mit ihren Bewältigungsformen begreifen, gleichzeitig aber auch die normativen Implikationen des Gesundheitsdiskurses mitreflektieren. Filsinger & Homfeldt (2001) konstatieren etwa, dass die von Hans Thiersch propagierte und in der Sozialen Arbeit in den letzten zwanzig Jahren breit rezipierte Lebensweltorientierung (vgl. u.a. Thiersch 1992a, Thiersch 1992b, Bitzan, Bolay & Thiersch 2006) höchst anschlussfähig an das - insbesondere von der Medizinsoziologie und im Kontext von Public Health entwickelte - Lebensweisenkonzept sei. Lebensweise ist dabei zu begreifen als die "Gesamtheit von Bedeutungsmustern und Ausdrucksformen, die sich im biographischen Verlauf und in der Auseinandersetzung zwischen Subjekt und Gesellschaft herausbildet" (Filsinger & Homfeldt 2001: 706). Damit werde der Zusammenhang zwischen Lebenslage, Gruppen- und Milieubindungen und subjektiven, wenn auch gleichwohl sozial geformten Deutungs- und Bewältigungsmustern, evident. Hanses sieht die Soziale Arbeit als eine wichtige Gesundheitspromotorin, da sie aus ihren historischen Bezügen heraus immer wieder zwischen den "anspruchsvollen und komplexen Voraussetzungen gesellschaftlicher Prozesse, institutionalisierter Praxisformen, notwendigem Fallbezug und pädagogischen Aneignungsoptionen ihrer NutzerInnen theoretisch wie praktisch" (Hanes 2007: 121) vermitteln musste.

Auch bezüglich der zentralen Aufgaben der Gesundheitswissenschaften kann der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle zukommen. Denn die Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch die Stärkung von Ressourcen, die Befähigung von Individuen und sozialen Gruppen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen nachhaltig zu erhöhen sowie die Verbesserung der sozialen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen mit dem Ziel, eine höheres Mass an Lebensqualität und Wohlbefinden zu erreichen (vgl. Kolip 2003), gehören zu den ältesten Aktivitäten der professionellen Sozialen Arbeit. Nicht zuletzt, da mit ihr die Verschränkung von gesundheitlichen und sozialen Problemen mit Entstehen der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge erkannt wurde (vgl. Filsinger & Homfeldt 2001, Homfeldt & Sting 2005). Im historischen Verlauf hat die Soziale Arbeit die soziale Komponente der Sozialhygiene zu grossen Teilen übernommen bis hin zur Entstehung der Gesundheitsfürsorge als eines eigenständigen Handlungsfeldes der Sozialen Arbeit anfangs des 20. Jahrhunderts. Gemäss Alice Salomon ging es in der Gesundheitsfürsorge in erster Linie darum, dem Menschen in seiner gesamten äusseren Existenz Sicherheiten zu verschaffen und zwar „in seiner Lebenshaltung, im Erwerbsleben, in körperlicher und geistiger Gesundheit, in der Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt, als Glied der Kulturgemeinschaft des Volkes“ (Salomon 1998: 134).

Diese Zusammenhänge sind im Laufe des zwanzigsten Jahrhunderts zusehends in Vergessenheit geraten, erleben aber in jüngster Zeit im Professions- und Disziplindiskurs der Sozialen Arbeit eine Renaissance. Neben der direkten Arbeit mit kranken Menschen haben sich für die Profession viele Tätigkeitsfelder wie z.B. die Medizinalaufsicht, die Gesundheitshygiene, die Gesundheitsberichterstattung, die Gesundheitsförderung und die Prävention usw. ergeben (vgl. Schneider & Pokora 2008). Damit sind es insbesondere drei zentrale Ansatzpunkte, die sich für eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ergeben: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Gesundheitsarbeit im Sozialwesen und Sozialpädagogische Gesundheitsförderung (vgl. Homfeldt & Sting 2006). Dabei wird die professionelle Autonomie der Sozialen Arbeit - insbesondere durch ihren Einsatz im Gesundheitswesen - also durch das Agieren in Bereichen, in denen die Medizin nach wie vor wissenschaftlich wie formal die Leitprofession stellt, immer wieder aufs Neue in Frage ge-

stellt. Soziale Arbeit muss sich deshalb dafür einsetzen, sozialwissenschaftlich orientiertes Handlungs- und Reflexionspotential als eigenständigen Beitrag für den Gesundheitsdiskurs zu begreifen und auszuüben, damit sie nicht Gefahr läuft, zur Zulieferungs- und Hilfsarbeit degradiert zu werden. Soll gesundheitliche Chancengleichheit als politisches Ziel eingelöst werden, so ist das primär eine soziale Aufgabe und keine medizinische. Soziale Arbeit reflektiert in spezifischer Weise die soziale Funktion von Krankheit und Gesundheit mit den zentralen Fragen der Einschränkung bzw. (Wieder-)Gewinnung von Autonomie der Lebenspraxis und die (Un-)Möglichkeit sozialer Teilhabe, da sie "ihre Integrationsaufgabe [...] nicht als Unterwerfung der Subjekte unter gesellschaftliche Zwecke, sondern als Vermittlungsleistung zwischen (kranke) Person, Gemeinschaft und Gesellschaft" (Filsinger & Homfeldt 2001: 713) versteht. Soziale Arbeit behält den Menschen als soziales, biologisches, geistiges und spirituelles Wesen im Blick, ist um einen Zugewinn an Autonomie und Wohlergehen besorgt und dies vor allem auch für vulnerable Gruppen und Randständige der Gesellschaft (Mühlum 2009).

2.2 Gesundheit in der Praxis: Junge Menschen in der Schweiz

Noch vor etwas über 100 Jahren wurde im Rahmen der Sozialen Frage die Massenverelendung in grossem Masse bekämpft, was zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung, u.a. der Schweiz, führte und die gesundheitliche Lage der Menschen durchschnittlich deutlich verbesserte, was sich wiederum in der Verlängerung der Lebensdauer und der erfolgreichen Bekämpfung von akuten Krankheiten zeigt, deren Auslöser mikro-biologische Krankheitserreger sind (vgl. Erhart et al. 2008: 425). Heute sind es in erster Linie die chronischen Beeinträchtigungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Beeinträchtigungen, Stoffwechselkrankheiten usw.), welche die Gesundheit der Bevölkerung westlicher Industrienationen bedrohen.

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) sind 2002 19'706 zufällig ausgewählte Personen befragt worden. Dabei handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren in privaten Haushalten. Der Gesundheitszustand der Schweizerinnen und Schweizer wird 2002 von der grossen Mehrheit der Bevölkerung (86%) als gut bzw. sehr gut eingeschätzt, rund 200'000 (3%) Personen fühlen sich schlecht bis sehr schlecht, jede 6. Person hat ein dauerndes Gesundheitsproblem (chronische Krankheit, Behinderung). Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung gibt an, gesunde Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen zu pflegen (körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Alkoholkonsum; vgl. BFS 2005). Analysiert man das psychische Gleichgewicht über die Lebensspanne, fällt auf, dass neben den 40% Jugendlichen, die eine hohe psychische Ausgeglichenheit berichten, fast jede dritte Person zwischen 15 und 24 Jahren oft unruhig ist und sich angespannt und gereizt fühlt. Eine Verbesserung stellt sich mit zunehmendem Alter ein und geht bei Personen ab 75 Jahren wieder etwas zurück (vgl. ebd.). Im Rahmen der nationalen Gesundheitsbefragung konnte für die Bevölkerungsgruppe zwischen 15 und 24 Jahren auch gezeigt werden, dass besonders Personen von einer Beeinträchtigung ihrer psychischen und physischen Integrität betroffen sind, welche über eine mangelnde Einbindung in soziale Netze und Unterstützungssysteme und eine geringe Kontrollüberzeugung verfügen (vgl. ebd.).

Die Studie *Swiss multicenter adolescent survey on health* (SMASH-02; Narring et al. 2002) zeigte zudem auf, dass sich die meisten Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren gesund fühlen und im persönlichen Umfeld gut aufgehoben sind. Es klagen aber mehr Jugendliche als noch vor zehn Jahren über psychische Schwierigkeiten und Suchtprobleme. 35% der Mädchen und 20% der Knaben klagen über deprimierte Stimmungen,

acht Prozent der Mädchen und drei Prozent der Knaben hegen Suizidgedanken, und es benötigen die Hälfte der befragten Mädchen und rund 30% der Knaben Hilfe im Umgang mit Stress.

Psychische Gesundheit wird von der WHO in ihrem *Mental Health Report* definiert als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO 2001). In diesem Verständnis ist psychische Gesundheit das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren und nicht ein blosser Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird (vgl. WHO 2001).

„Psychische Gesundheit beinhaltet Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können sowie die Fähigkeit zu gesellschaftlicher Partizipation. [...] Psychische Gesundheit bedarf eines Gleichgewichts zwischen äusseren und inneren Anforderungen einerseits und äusseren und inneren Ressourcen – zur Bewältigung der Anforderungen – andererseits. Sie erfordert eine ständige aktive Anpassung des Individuums entsprechend den laufenden objektiven und subjektiven Veränderungen.“ (Schuler et al. 2007: 8)

Im Rahmen der vor rund dreissig Jahren gestarteten Zürcher Längsschnittstudie zur psychischen Gesundheit (Jules Angst) konnten Risiko-, Schutz- und Vulnerabilitätsfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersucht werden. Diese Untersuchungen wiesen bei 13% der insgesamt 567 untersuchten Jugendlichen im Alter zwischen 11 bis 16 Jahren schwere depressive Störungen nach, welche die Autoren auf ein schlechtes Selbstwertgefühl, auf Beziehungsprobleme mit Eltern und Gleichaltrigen sowie auf Schulprobleme zurückführten (vgl. Winkler & Steinhausen 1999, Steinhausen et al. 1997). Die Studie erfasste auch leichtere Störungen und konnte im Rahmen der Untersuchung eine Lebenszeitprävalenz von 48% nachweisen, was bedeutet, dass nahezu alle Menschen ein tief greifendes psychisches Leiden an sich selbst oder in ihrer nächsten Umgebung erfahren haben (vgl. Baer & Cahn 2009). Von den in den letzten Jahren immer stärker ins Gewicht fallenden chronischen Erkrankungen sind vor allem die neuropsychiatrischen Erkrankungen die häufigste Ursache für die gesellschaftliche 'Behinderungslast', dies noch vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Erkrankungen der Atemwege und Sinnesorgane, und sind in Europa für 43% der verlebten Jahre mit Krankheitslasten verantwortlich (vgl. ebd.).

Erhart et al. (2008) weisen darauf hin, dass psychische Probleme, soziale Auffälligkeiten und körperliche Erkrankungen Hinweise auf eine Überbeanspruchung der individuellen Bewältigungskapazitäten eines Individuums sind, in denen sich eine problematische Art der Auseinandersetzung mit inneren und äusseren Anforderungen im menschlichen Entwicklungs- und Lebensverlauf manifestieren. Zwischen Belastungen und Entwicklungsrisiken einerseits und Symptomen von Gesundheit und Krankheit andererseits moderieren personale und soziale Ressourcen, so die Autoren. Mit steigenden Risikokonstellationen erhöht sich die Auftretenswahrscheinlichkeit von Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Es zeigt sich, dass hinsichtlich der psychischen Gesundheit in der Schweiz Handlungsbedarf besteht. Insbesondere gilt es, die psychische Gesundheit und Integrität von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Die Weltgesundheitsorganisation fordert die Staaten Europas in ihrer *Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit* denn auch dazu auf, die psychische Gesundheit in ihrer zentralen Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital der Nationen zu erkennen und verpflichtet die für Gesundheit zuständi-

gen Minister der europäischen Staaten, das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt durch „Massnahmen zu fördern mit dem Ziel, Bewusstsein zu schaffen und positive Änderungen im Hinblick auf Einzelpersonen und Familien, gesellschaftliche Gruppen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Regierungen und Behörden zu bewirken“ (vgl. WHO 2005: 3). Dazu stellt das genannte Papier ein Massnahmenpaket zur Verbesserung und Stärkung von psychischer Gesundheit zusammen. Der vierte Punkt des Massnahmenpakets weist auf die zentrale Bedeutung einer gezielten Unterstützung und Massnahmen hin, „die auf die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personen in bestimmten Lebensabschnitten zugeschnitten sind, insbesondere bei der Erziehung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen“ (ebd: 3f.).

Die hier skizzierten Zusammenhänge sind kein Schweizerisches, sondern ein generell Europäisches Problem. In ihrem Grün-Buch schätzt die EU-Kommission (2000) die in der Jugend einsetzenden Depressionen als schwere psychosoziale Beeinträchtigungen ein, die neben Anpassungsstörungen, Lern- und Leistungsschwächen sowie suizidalem Verhalten ein erhebliches Problem der öffentlichen Gesundheit darstellen. Ein weiterer Risikofaktor ist der Alkohol- und Drogenkonsum, der bereits in der frühen Jugend verbreitet ist, den aber nur eine Minderheit der Jugendlichen dauerhaft entwickelt und der bei jungen Menschen ein hohes Risiko für schwere psychische Störungen im Erwachsenenalter darstellt (vgl. Hackauf 2004).

2.3 Zusammenfassung

Im Gesundheitsdiskurs setzt sich zunehmend ein holistisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie den beiden Begriffen als fließend ineinander greifende Konzepte durch. Die Erkenntnis des Einflusses und der Abhängigkeit von biographischen, kulturellen, sozialen, seelischen und physiologischen Prozessen und ihren Wechselwirkungen zwischen Sozialstruktur, Gesundheit und Verhalten sowie Gesundheit als Ausdruck sozialer und normativ konnotierter Herstellungspraxen und individuellem wie gesellschaftlichem Aneignungshandeln, hat den Objektivitätsanspruch der Konzepte Krankheit und Gesundheit zunehmend aufgeweicht.

Die Gesundheitswissenschaften nehmen sich des begrifflich und konzeptionell nur schwierig fassbaren Tätigkeitsfeldes an und haben es sich zum Ziel gesetzt, disziplinübergreifend das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu vertiefen sowie die sie konstituierenden Determinanten und die darin ablaufenden Prozesse genauer zu ergründen. Aufgrund der Vielfältigkeit des Themenfeldes und der darin operierenden Disziplinen und Professionen sind es stark divergierende theoretische und praktische (Handlungs-)Modelle, mit denen der Gegenstandsbereich konzeptualisiert wird. Dies zeichnet sich auch auf der Handlungsebene ab, wo es in erster Linie die Bestrebungen von Gesundheitsförderung und Prävention, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Pflege unter dem Blickwinkel der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu analysieren gilt. Gesundheit kann nur mittels multidisziplinärer Ansätze theoretisch reflektiert und erörtert sowie wirkungsvoll gefördert werden. Auch für die Soziale Arbeit als eine der relevanten Disziplinen im Gesundheitsdiskurs eröffnet sich im Rahmen der Gesundheitswissenschaften ein Feld erneut, das wohl zu den ältesten der professionellen Sozialen Arbeit gehörte, im Laufe des 20. Jahrhunderts jedoch zusehends aus dem Blickfeld der Profession und Disziplin geriet.

Eine Stärke von Sozialer Arbeit liegt in ihrer Perspektive, Krankheit und Gesundheit vorrangig unter biographischen und lebensweltlichen Aspekten zu analysieren, also auch im Kontext von Soziallagen und sozialen Beziehungen und sie als Sinn strukturierenden Handlungsraum von alltäglicher Lebenspraxis mit spezifischen Bewältigungsformen zu fassen, ohne deren normative Implikationen zu ignorieren - dies vor allem

aus dem Selbstverständnis heraus, dass sich Soziale Arbeit aufgrund ihres doppelten Mandats als Vermittlerin zwischen Mensch, Gemeinschaft und Gesellschaft begreift. Soziale Arbeit behält den Menschen als soziales, biologisches, geistiges und spirituelles Wesen im Blick, ist um einen Zugewinn an Autonomie und Wohlergehen auch bzw. insbesondere der vulnerablen Gruppen von Gemeinschafts- und Gesellschaftsverbänden besorgt, ohne ihre Integrationsaufgabe als Unterwerfung von Subjekten unter gesellschaftliche Zwänge und Normdiktate zu begreifen.

Dass trotz hohem Lebens- und Gesundheitszustand der Bevölkerung auch für die Schweiz Handlungsbedarf bezüglich der Förderung von Gesundheit und Zurückdrängung von Krankheit besteht, konnte gezeigt werden. Insbesondere für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird dies gefordert, denn es kann davon ausgegangen werden, dass rund 20% bis 25% der Kinder und Jugendlichen im Schulalter problematische Verhaltensweisen zeigen (Störungen der psychischen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen). Psychische Probleme, soziale Auffälligkeiten und körperliche Erkrankungen werden dabei als Hinweise auf eine Überbeanspruchung der individuellen Bewältigungskapazitäten eines Individuums gewertet. Als Moderatoren zwischen Belastungen und Entwicklungsrisiken einerseits und Symptomen von Gesundheit und Krankheit andererseits fungieren personale und soziale Ressourcen.

Im Folgenden wird insbesondere den personalen und sozialen Ressourcen und Belastungen von Familien und ihren Mitgliedern sowie deren Relevanz für die (gesundheitliche) Entwicklung der Kinder und Jugendlichen nachgegangen. Denn Familien spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsbiographie der Kinder. Neben der biologischen Reproduktion, der Pflege, der Sozialisation und sozialen Kontrolle, der Statuszuweisung sowie der materiellen, physischen und psychischen Regeneration wirken Familien auch auf die Verhütung, Entstehung, Entwicklung und Bewältigung von Krankheiten entscheidend ein.

3 Familie und Gesundheit

Die Familienforschung verfügt bis heute über keine allgemeingültige Definition ihres Gegenstandes, obwohl der Begriff seit dem späten 16. Jahrhundert im deutschen Sprachraum nachgewiesen werden kann (vgl. Kaufmann 1994). Der Begriff Familie ist auf drei Ebenen anzusiedeln: Auf der Mikroebene als System von individuellen Personen unterschiedlichen Alters und Geschlechts, auf der Mesoebene als ein Interaktionssystem und auf der Makroebene als eine gesellschaftliche Institution einschliesslich ihrer Funktion als Wirtschaftseinheit (vgl. Bals et al. 2008: 27).

Die Eidgenössische Kommission für Familienfragen definiert den Gegenstandsbereich Familie folgendermassen:

„Der Begriff der Familie ist geeignet, (hier und jetzt) jene Lebensformen eigener Art zu bezeichnen, die sich durch die Gestaltung der grundsätzlich lebenslangen Beziehungen von Eltern und Kindern im Generationenverbund sowie – daran orientiert – der Beziehungen zwischen den Eltern konstituieren und als solche gesellschaftlich anerkannt werden.“ (Lüscher 2003: 14)

Die Definition legt den Nachdruck auf die Heterogenität der Familienformen, auf die lebenslange Prägung, die Beziehungskultur zwischen den Generationen und die gesellschaftliche Abhängigkeit hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien sowie ihrem Funktions- bzw. Aufgabenbereich. Die Familie kann aber nicht alleine über ihre Funktionsausübung oder äusserlichen Merkmale definiert werden, sondern auch über die besonderen Qualitäten einer sich im Lebensvollzug bildenden, individuell ausgehandelten sozialen Beziehung. Hurrelmann (2006) schlägt vor, dass die Familie als eine soziale Lebensform definiert werden sollte, "die durch das dauerhafte Zusammenleben von mindestens einem Elternteil und einem Kind charakterisiert ist, in der die Beziehungen durch Solidarität, persönliche Verbundenheit und Betreuung geprägt sind" (ebd.: 130). Es zeichnet sich ab, dass heutige Familiendefinitionen auf Kosten genetischer Verbundenheit und rechtlichem Eheverhältnis der Eltern immer stärker geprägt sind von sozialer Verbundenheit im Generationenverbund. Dies u.a., da die wesentliche Aufgabe von Familien in hoch entwickelten Industriestaaten nicht mehr primär in der sozioökonomischen Existenzsicherung der Haushaltsmitglieder, sondern in der emotionalen Verbundenheit der Familienmitglieder liegt (vgl. Klocke & Becker 2003: 184). Ihre Aufgaben sind dementsprechend die Vermittlung und der Erhalt von Sozialität und Vertrauen, Unterstützung und Erziehung. Dadurch rückt der prägende Einfluss des Familiensystems, des Familienklimas und -milieus stärker in den Mittelpunkt theoretischer Erörterungen und empirischer Untersuchungen.

Trotz der viel zitierten Pluralisierung der Familienformen und der mannigfachen Umbruchprozesse des Systems Familie ist diese auch heute noch die "zentrale Lebensform im privaten Sektor" (Schier & Lange 2007: 36). Familie ist ein sich entwickelndes System wechselseitig agierender Personen. Sie sind sensible soziale Systeme und prägen die in ihr lebenden Mitglieder nachhaltig.

„Sieht man sich die Rolle der Familie für die ‚Gesundheitsproduktion‘ näher an und fokussiert dabei auf die sozialisatorischen Elemente des Austausches zwischen Eltern und Kindern, dann wird deutlich, dass es vor allem die gegenseitig erlebte Unterstützung und die gemeinsamen Tätigkeiten sind, die zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung beitragen.“ (ebd.: 37)

Die Familie als primäre Sozialisationsinstanz von Kindern hat einen starken Einfluss auf deren Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitshaltungen und -einstellungen und leistet die Versorgung und Pflege bei

Beeinträchtigungen der physischen wie psychischen Gesundheit. Zudem nimmt sie als Vermittlerin von Handlungsoptionen bei Unfall/Krankheit und deren Folgen eine zentrale Stellung ein.

Neben biologischen (z.B. genetischen, geschlechtlichen) Dispositionen wird die psychische Gesundheit von Kindern von einer Vielzahl Faktoren bestimmt, wie individuellen (z.B. persönlichen Erfahrungen), familialen (z.B. Eltern-Kind-Beziehung) und sozialen Faktoren (z.B. soziale Unterstützung) sowie wirtschaftlichen und Umfeldfaktoren (z.B. sozialer Status und Lebensbedingungen; vgl. Grünbuch EU 2005: 4). Viele dieser Faktoren sind schon in der Herkunftsfamilie angelegt, wie z.B. persönliche Erfahrungen, soziale Dispositionen und wirtschaftliche wie Umfeldfaktoren. Das heisst, die Herkunftsfamilie bestimmt in einem grossen Ausmass, welche Gesundheitschancen einem Kind auf den Entwicklungsweg mitgegeben sind. Familien stellen ihren Mitgliedern im Wechselspiel von Ressource und Risiko die Gesundheit schützende Faktoren zur Verfügung, können aber auch für gesundheitsschädliche Impulse sorgen (vgl. Schnabel 2001). Einige Wirkfaktoren auf den Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und der Kindergesundheit sind in Abbildung 2 dargestellt.

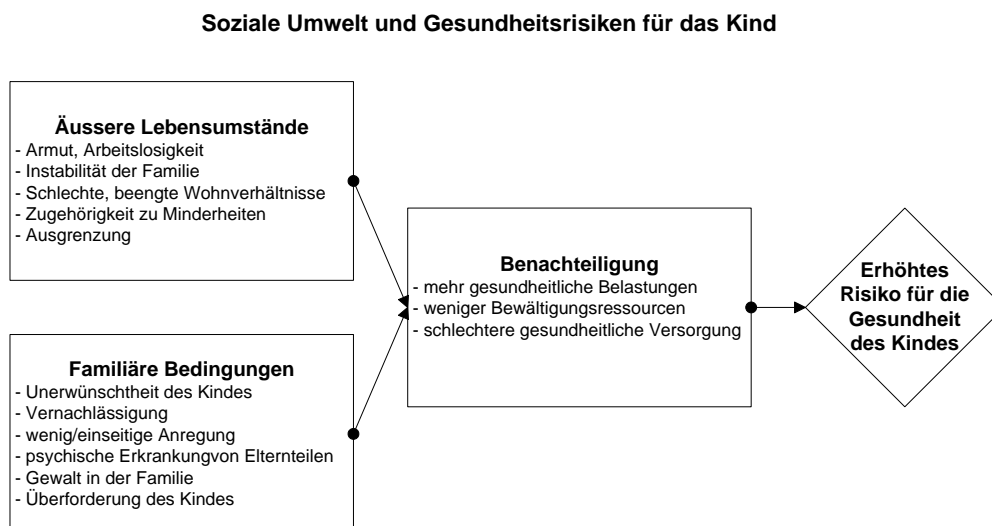


Abbildung 2: Wirkfaktoren auf den Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und Kindergesundheit (In Anlehnung an Elkeles & Mielk (1993) aus Elsässer et al. 2002: 249)

Folgt man dieser Darstellung, kann ein schlechtes familiäres Klima die Gesundheit von Kindern negativ beeinflussen, da äussere Lebensumstände und familiäre Bedingungen zu erhöhten gesundheitlichen Belastungen, einer Unterentwicklung von Bewältigungsressourcen und damit zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führen. Mengel (2007) hat eine Zusammenstellung objektiver und subjektiver Dimensionen benachteiligender Lebenslagen zusammengestellt: Materielle Dimension (Einkommen, Erwerbstätigkeit, Wohnverhältnisse), kulturelle Dimension (Bildungsabschlüsse, Berufsstatus, Sprache und kulturelle Kompetenz, Alltagskompetenzen), soziale Dimension (Verfügbarkeit sozialer Netze, soziale Kompetenzen, Zeitressourcen) und familiäre Dimension (Lebensform, Familienklima, Paarbeziehung, Eltern-Kind-Beziehung, Erziehungskompetenzen) sowie die physische und psychische Dimension (Gesundheitszustand, Entwicklung, subjektives Wohlbefinden). Diese Dimensionen sind auch potenzielle Ressourcen, können sich gegenseitig beeinflussen und eine Pufferfunktion für die Gesamtlebenslage übernehmen. Die Gesundheitsforschung interessiert sich insbesondere für die Wechselwirkungsdynamik zwischen den Prozessen familiär organi-

sierten Aufwachsens, dem Entstehen und der Entwicklung familientypischer Problemlagen, dem Einsatz und der Wirkung familiensystemischer Lösungsstrategien sowie für deren Rückwirkung auf die Kompetenzentwicklung und für den Einfluss dieses Faktorenbündels auf die gesundheitliche Entwicklung der Familienmitglieder.

Es sind also individuelle, familiale, soziale und kulturelle Faktoren sowie wirtschaftliche und Umfeldfaktoren, welche die Gesundheit von Kindern nachhaltig beeinflussen. Im Folgenden werden die familiären Gesundheitsleistungen sowie die psychosozialen, emotionsbezogenen bzw. die ökonomisch-statusbezogenen Gesundheitsfaktoren der Herkunftsfamilie näher in den Blick genommen und deren Relevanz für eine gesunde Entwicklung - insbesondere der Kinder - analysiert.

3.1 Familie als verstecktes Gesundheitssystem

Familien spielen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsbiographie der Kinder (Klocke & Becker 2003). Die Gesundheitsrelevanz von Familien findet sich in erster Linie bezüglich der biologischen Reproduktion, der Intensivpflege und Aufzucht, der Sozialisation und sozialen Kontrolle, der Qualifikation und Statuszuweisung sowie der materiellen, physischen und psychischen Regeneration. Familien wirken auf die Verhütung, Entstehung, Entwicklung und Bewältigung von Krankheiten entscheidend ein (soziale und emotionale Unterstützung, Vermittlung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen; vgl. Kolip & Lademann 2006).

Die Familie bzw. das Familiensystem wird deshalb nicht ohne triftigen Grund auch als *hidden health care system* bezeichnet. Bewältigt werden schätzungsweise zwischen zwei Dritteln und drei Vierteln aller Gesundheitsprobleme im Familien-, Freundes oder Bekanntenkreis (vgl. Homfeldt & Sting 2006). Dabei handelt es sich um Selbsthilfemassnahmen und Fremdbehandlungsversuche in Form von gesundheitsbezogenen Informationen und praktischer Unterstützung durch das Laiensystem, was dieses zum grössten und bedeutendsten Bereich der Gesundheitsversorgung macht, der in erster Linie von Frauen als *providers of health*, *negotiators of health* und *mediators of health* bestritten wird¹ (vgl. ebd.). Um Gesundheitsfragen effektiv innerhalb der Familie lösen zu können (z.B. Fieber eines Kindes), muss sie über affektive, kognitive und praktische Ressourcen verfügen. Zu den familialen protektiven Faktoren gehören die täglich geleistete soziale Unterstützung, die im Krankheitsfall einsetzende Pflegeleistung, die generelle Rekreatiionsleistung für die einzelnen Familienmitglieder sowie die Vermittlung von allen Familienmitgliedern gemeinsamen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (vgl. Kolip & Lademann 2006). Die Familie ist demnach nicht nur bei einer Gesundheitseinschränkung eines Familienmitgliedes mit dem Wohlbefinden ihrer Mitglieder beschäftigt, sondern in erster Linie in ihrer Fähigkeit, ein gesundes Leben zu führen und einen gesunden Lebensstil zu pflegen. Dazu gehört neben lebenserhaltenden Gütern und Status vor allem auch ein Lebensstil, der es den Familienmitgliedern ermöglicht, in einer angenehmen und komfortablen Art und Weise zusammen zu leben.

¹ Homfeldt & Sting (2006: 92) weisen zudem darauf hin, dass gerade deshalb Frauen weniger mit Hilfe aus ihrem Laienunterstützungssystem rechnen können.

"This feeling may be connected with being open and mutually supportive; it may also be connected with such adapted life-style habits as eating and drinking, and the rhythm of work, free time and rest." (Schulze 2006: 265)

Dabei wirkt auch das unmittelbare und erweiterte Umfeld auf das gesundheitsrelevante Wissen, die Überzeugungen und Handlungen der Familie ein (vgl. ebd.).

3.2 Familiäre gesellschaftliche Lage und Gesundheit von Kindern

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich wurde, spielen sozioökonomische Prozesse in der Gesundheitserhaltung und -herstellung eine zentrale Rolle. Der zunehmende Wohlstand in den westlichen Industriegesellschaften hat, wie unter Kapitel 2 ausgeführt, zu einer Abnahme der Mortalität und Morbidität ihrer Population geführt. Von dieser Entwicklung konnten jedoch nicht alle Bevölkerungsteile in gleicher Weise profitieren: Die statustiefere Schichten der Gesellschaften haben an dieser Verbesserung in Gesundheitschancen und Lebenserwartung in geringerem Umfang teilnehmen können als statushöhere (vgl. Heinzel-Gutenbrunner 2001; Behrens 2006). Die Zusammenhänge der sozialen Ungleichheit und Gesundheit wurden in den letzten Jahren in diversen Studien nachgewiesen (vgl. Helmert 2003, Mielck 2000, Bisig et al. 2001, Heinzel-Gutenbrunner 2001, Zuhorst 2000, Siegrist et al. 1998, Richter & Mielck 2000, Niemann & Abel 2001, Ellsäcker et al. 2002, Huwiler et al. 2002). Es zeigte sich für die Schweiz zudem eine Verschärfung der Zusammenhänge der Sozialschichtsindikatoren und der Gesundheit bei der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung (vgl. Huwiler et al. 2002).

Operationalisiert wird soziale Ungleichheit zumeist mit dem sozioökonomischen Status, um dessen Einfluss auf den Gesundheitszustand und die Krankheitslast von Menschen zu messen. In ihm fließen die drei klassischen Schichtindikatoren Bildung, Beruf und Einkommen als Einzelindikatoren oder als additiver Index zusammen.² Dabei spielt es nur eine untergeordnete Rolle, ob die Sozialschicht mittels eindimensionaler Indikatoren oder mittels additivem Index operationalisiert wird, wie Helmert (2003) in einer Metaanalyse deutscher Datensätze nachweisen konnte.

Bezieht man die Befunde von sozialer Ungleichheit und Gesundheit auf die Situation von Kindern und Jugendlichen, wird generell vom sozioökonomischen Status des Familiensystems ausgegangen, da dieser für die Entwicklung der Kinder bis ins hohe Erwachsenenalter prägend ist.

² Auch wenn die drei Indikatoren formale Bildung, Berufsstatus und Einkommen gute Prädiktoren für Krankheitslast und Gesundheitszustand darstellen, sind sie auch mit Nachteilen behaftet; insbesondere trifft dies auf die beiden Indikatoren Einkommen und Berufsstatus zu. Der Berufsstatus ist mit der Verfügbarkeit über ökonomische Ressourcen, sozialem Ansehen und Macht eng verknüpft (Niemann & Abel 2001: 107). Das hauptsächliche Problem in der Operationalisierung besteht in seiner Gebundenheit an der Erwerbsarbeit. Dies schliesst viele Bevölkerungsgruppen von einer Erfassung aus, wie zum Beispiel die Auszubildenden. Auch die Erwerbslosen (oft auch Frauen) können mit dieser Skala nicht erhoben werden. Des Weiteren werden viele Skalen zur Erfassung des Berufsstatus seit Jahren unverändert verwendet, was ihrer Aktualität abträglich ist. Oft wird ein Haushaltsberufsstatus gewählt, das heisst, dass der höchste Berufswert einer Familie als statusbildend gewertet wird. Ein individuellerer Ansatz fragt nach Lernberuf oder der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit von nicht-erwerbstätigen Frauen. Wieder andere Studien schliessen diese Personen ganz aus ihren Studien aus. Der "cross class Ansatz" definiert aus den beiden Statusträgern eines Haushaltes einen gemeinsamen Status; alle diese Ansätze zeigen jedoch keine unterschiedlichen Resultate hinsichtlich ihrer Funktion als Gesundheitsindikatoren (vgl. Niemann & Abel 2001). Der Indikator Einkommen definiert den Zugang zu knappen Ressourcen und wird zumeist mittels Äquivalenzeinkommen skaliert. Dabei besteht meist eine Konzentration auf das Einkommen aus der Erwerbsarbeit, was keinen Aufschluss über das Vermögen einer Person gibt. (Einkommens-)Armut wird hingegen häufig definiert über den Bezug von Sozialhilfe. Zur Operationalisierung der Bildung ergibt sich vor allem das Problem der unterschiedlichen Schulsysteme innerhalb der Schweiz und ihre eingeschränkte Vergleichbarkeit mit im Ausland generierten Ergebnissen.

„Die materiellen und kulturellen Ressourcen einer Familie entscheiden weitgehend über die schulischen Leistungen eines Kindes. Die schulische Qualifikation ist stark von der sozialen Schichtzugehörigkeit abhängig, was wiederum für die künftige Berufstätigkeit und das spätere Einkommen sehr aussagekräftig ist. Kinder mit höherem Schulabschluss oder Fachausbildung haben sowohl im Hinblick auf ihre Gesundheit als auch auf Arbeitsplatz und Einkommen sehr viel bessere Chancen.“ (WHO 2002b: 73)

Doch nicht nur Praktiken und Möglichkeiten im Hinblick auf die schulische und berufliche Karriere - und damit der Reproduktion von sozialer Ungleichheit und die damit einhergehenden Gesundheitsimplikationen - werden in der Familie vermittelt. Der soziale Familienstatus übt einen nachhaltigen Einfluss auf Gesundheitschancen von Kindern aus. Dieser Einfluss zeigt sich über die gesamte Lebensspanne des Menschen: Ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern korreliert mit einer tieferen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z.B. von Schwangeren vgl. Mielck & Helmert 1994, Zahnarztbesuch, gynäkologische und urologische Untersuchungen vgl. Bisig et al. 2001), einem niedrigeren Geburtsgewicht (Jungebauer-Gans & Kiwry 2004), der Prävalenz von Totgeburten und Todesfällen in der ersten Lebenswoche (vgl. Bisig et al. 2001), schlechteren Lebensbedingungen im Lauf der Kindheit und mit weniger gesundheitsbewussten Verhaltensweisen wie Ernährung, Substanzgebrauch und Bewegung (Jungebauer-Gans & Kiwry 2004). Die Folgen von sozialer Benachteiligung zeigen sich auch bezüglich physischer Einschränkungen im Kindesalter wie Kopf-, Hals-, Bauch- und Rückenschmerzen, chronischen und akuten Krankheiten und Adipositas (vgl. Lampert et al. 2002). Ausnahmen davon sind Allergien, Haut- und Atemwegserkrankungen. Mit zunehmendem Schweregrad ist jedoch auch bei diesen Erkrankungen ein sozialer Gradient zuungunsten der sozioökonomisch benachteiligten Kinder feststellbar (vgl. Mielck 2000, Helmert 2003). Zudem scheinen Kinder aus einem Familienhaushalt mit tieferem sozioökonomischen Status auch hinsichtlich ihrer Entwicklung beeinträchtigt zu sein: Sie sind eher von Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psycho-motorischen Defiziten, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und psychiatrischen Erkrankungen betroffen als ihre sozio-ökonomisch besser gestellten Altersgenossen (vgl. Elsässer et al. 2002). Eine in Schottland durchgeführte Längsschnittstudie mit über 5500 Männern (Davey Smith & Lynch 2001) gibt Hinweise darauf, dass der sozio-ökonomische Status der Herkunftsfamilie die Prävalenz frühzeitigen Sterbens beeinflusst und zu einem insgesamt 44% höheren Mortalitätsrisiko bei Kindern von Vätern mit manuellen Berufen führt (vgl. Dragano & Siegrist 2006).

Der Kindheit und damit der Familie als primärer Sozialisationsinstanz kann deshalb für die Gesundheitsdynamik im weiteren Lebensverlauf eine grosse Bedeutung zugemessen werden, sowohl hinsichtlich körperlicher Gesundheitsbeeinträchtigungen im Erwachsenenalter (z.B. Magenkrebs, Schlaganfälle, Prostatakrebs; Davey Smith 2008: 304f.) und psychischer Beeinträchtigungen (Power & Kuh 2008: 57ff.) als auch hinsichtlich der durch die Familie vererbten gesundheitsrelevanten Kapitalien (ökonomisch, kulturell, sozial und symbolisch; vgl. Kehrli & Knöpfel 2006). Eine Dänische Jugendstudie konnte mit einer repräsentativen Stichprobe nachweisen, dass befriedigende Beziehungen zu Eltern und Schule eng mit sozio-ökonomischen Diversitäten zusammenhängen und Unterschiede bei physiologischen und psychischen Beschwerden erklären können (vgl. Due et al. 2003 in Jungebauer-Gans & Kiwry 2004). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung von Jugendlichen aus tieferen Schichten im Elternhaus geringer auszufallen scheint. Ebenso scheint schulischer Erfolg aussichtsloser für diese Gruppe Jugendlicher. Benachteiligende Faktoren der Herkunftsfamilie kumulieren in ihrer Wirkung auf die Gesundheit der Kinder und beeinflussen diese auch noch nach Verlassen der Herkunftsfamilie,³ und es sind nicht zuletzt

³ Ausnahme hierbei bildet das Jugendalter aufgrund des nivellierenden Einflusses der Peer-Group (vgl. Klocke & Becker 2003: 198, Erhart et al. 2008: 340).

die im Elternhaus sozialisierten psychosozialen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien, die sich im weiteren Lebensverlauf als prägend erweisen (vgl. Paulus & Zurhorst 2001). Deprivation wird demnach nicht ausschliesslich durch ein zu tiefes Einkommen, tiefe Bildung und die schlechter qualifizierte Berufslage generiert, sondern „macht sich auch an der Kumulation von Unterversorgungslagen fest, die im Rahmen differenzierter biographischer Verlaufsgestalten selbstbestimmte Lebensentwürfe erschweren bzw. verhindern“ (Zuhorst 2000: 43f.).

Generell wird davon ausgegangen, dass neben dem Einflussfaktor soziale Ungleichheit auch explizit die Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten als moderierende Einflussfaktoren berücksichtigt werden müssen. Über die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen sind so vielfältige Einflüsse auf den Gesundheitszustand möglich, dass es kaum möglich ist, alle Einflüsse zu untersuchen. Die Liste der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Verhaltensweisen ist nahezu unendlich lang, zumal sie sich nicht auf die gegenwärtigen Lebensbedingungen beschränken sollte (vgl. Mielck 2000), sondern auch die Entstehungsgeschichte von Krankheiten, Sozialisation als Einfluss auf das Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheitsentwicklung usw. berücksichtigen muss. Zu den beiden Dimensionen gehören u.a. Gesundheit, Wohnen, Freizeit, Partizipation, Integration, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Diese Merkmale sind jedoch schwierig zu operationalisieren (vgl. dazu Niemann et al. 2005).

Neuere Modelle zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit weisen auf den zentralen Stellenwert der Balance zwischen Belastungen und Ressourcen⁴ in den zentralen Lebensbereichen (z.B. Familie, Beruf) hin. Dieses Erkenntnis bildet sich im Erklärungsmodell zur Ressourcen-Belastungs-Bilanz ab (vgl. Abb. 3). Gleichzeitig nimmt das Modell auch die Zugangsmöglichkeiten bzw. das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen in seine Erklärung auf.

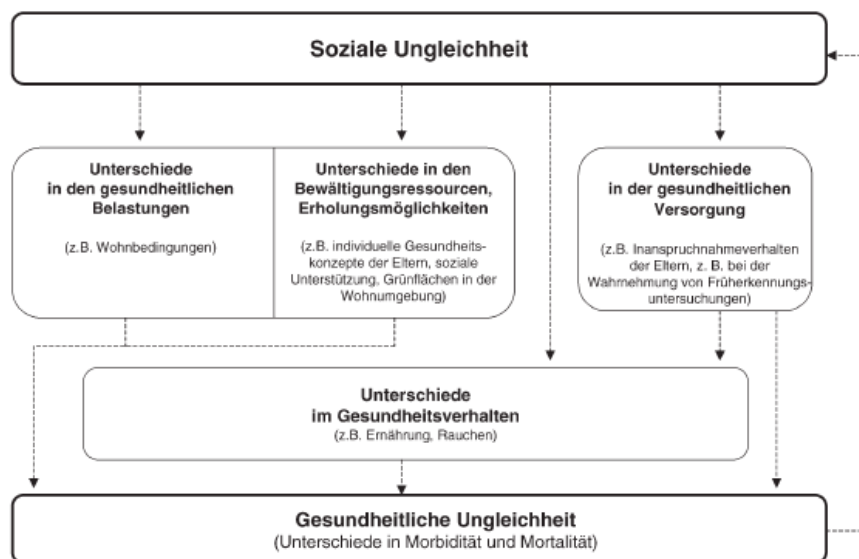


Abbildung 3: Interaktionsmodell der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit (nach Mielck 1998: 531)

⁴ Am Beispiel der Ressource „soziale Unterstützung“ kann gezeigt werden, dass eine negative Ressourcen-Belastungs-Bilanz auf die Gesundheit wirkt: Soziale Unterstützung agiert vor allem als Ressource bei belastenden Lebensereignissen wie zum Beispiel Arbeitsplatzverlust, finanziellen Einbussen, Prüfungsmisserfolg, Erkrankung in der Familie, Tod im Verwandten- und Freundeskreis. Geringe soziale Unterstützung kann in diesen Fällen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen.

Personen aus niedrigeren sozialen Schichten weisen im Allgemeinen eine negativere Bilanz auf als solche aus höheren Schichten.⁵

Aber auch dieses Erklärungsmodell lässt einige zentrale Faktoren der gesundheitlichen Ungleichheit unberücksichtigt, so zum Beispiel die persönliche Einstellung, die Lebenslaufperspektive, also die im Rahmen der Herkunftsfamilie erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Startchancen für eine gute Gesundheitsentwicklung sowie die Einflüsse der Biographie eines jeden Menschen, welche einen essentiellen Einfluss auf die Gesundheit haben können. Wie oben gezeigt werden konnte, wird der soziale Gradient von Gesundheit und Krankheit beeinflusst durch die Benachteiligungen zum Lebensbeginn, also durch Faktoren, welche in Schwangerschaft und früher Kindheit ‚programmiert‘ werden (vgl. u.a. Siegrist 2003) und welche nicht alleine mit sozioökonomischen Faktoren zusammenhängen. Auch unberücksichtigt bleibt in Abbildung 3 die makroökonomische Perspektive, die in den letzten Jahren vor allem von Wilkinson erforscht wurde. In einer sozioökonomischen Vergleichsstudie konnte er zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen Einkommensverteilung und Gesundheit in westlichen Industrienationen gibt. Als positives Beispiel nennt er Japan und Schweden mit den wenigsten Einkommensunterschieden und der höchsten Lebenserwartung weltweit. Im Vergleich dazu wirkt sich der Einkommensvorsprung höherer Schichten - in einer stark polarisierten Gesellschaft wie in England - nicht positiver auf deren Gesundheitsdaten aus. Wilkinson folgert daraus, dass sich soziale Ungleichheit innerhalb von Gesellschaften auch auf das Sozialkapital der jeweiligen Gesellschaft negativ auswirkt: Der soziale Zusammenhalt und die soziale Unterstützung werden durchlässiger, ein Teil der Bevölkerung ist mit Zukunftsangst und Unsicherheit konfrontiert, was zu einer Verschlechterung des Kohärenzgefühls als Eigenschaft einer sozialen Gruppe und Gesellschaft und damit zu gesundheitlichen Defiziten führt (vgl. Wilkinson & Pickett 2008).⁶

Die drei Schicht-Indikatoren und die auf ihnen basierenden Erklärungsmodelle bieten zwar eine ausreichende statistische Beschreibung des Zusammenhangs von Gesundheit und sozialer Ungleichheit, sie sind jedoch für eine inhaltliche Erklärung der Mechanismen zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit nur begrenzt ausreichend (vgl. Niemann & Abel 2001). In den letzten Jahren hat sich die sozialwissenschaftliche Diskussion im deutschsprachigen Raum zunehmend von den klassischen Indikatoren der sozialen Ungleichheit gelöst und immer stärker betont, dass auch Geschlecht, Alter, Familiengrösse, Wohnort, Generation und Nationalität eng verknüpft sind mit ungleichen Lebenschancen (vgl. Hradil 2006). Die neueren Konzepte beziehen sich in erster Linie auf Lebenslagen-, Lebensstil- und Milieukonzepte (vgl. Lampert et al. 2002, Siegrist & Marmot 2008, Klocke & Becker 2003). Diese Konzepte versuchen, den „geänderten und erweiterten Ursachen, Zugangswegen und Erscheinungsformen sozialer Ungleichheit besser gerecht zu werden, indem sie *neue Dimensionen* in der Struktur sozialer Ungleichheit berücksichtigen“ (Niemann & Abel 2001: 108, Hervorhebung im Original). Diese werden zurzeit noch wenig thematisiert, auch wenn Indikatoren der neuen Ungleichheit bzw. horizontale Indikatoren gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit wie Alter und Geschlecht z.T. Berücksichtigung finden (vgl. dazu Niemann et al. 2005).

⁵ Zudem kann - wie im Modell dargestellt - ein schlechter Gesundheitszustand zu einem Abgleiten in die Armut oder zu einer Verfestigung der Armut führen. Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit können sich auch gegenseitig verstärken, was mit dem nach oben gerichteten Pfeil angedeutet wird. Dieses Phänomen der sozialen Selektion, d.h. für kränkere Personen ist der soziale Aufstieg schwerer und der soziale Abstieg wahrscheinlicher als für gesündere Personen, wurde systematisch überprüft, und es hat sich gezeigt, dass sich gesundheitliche Unterschiede nur zu einem kleinen Teil erklären können (Siegrist 2003).

⁶ Auch in der Schweiz kann eine Ungleichverteilung des Einkommens und Vermögens konstatiert werden: So verfügen 3% der Steuerpflichtigen über die Hälfte der Summe aller Nettovermögen der Schweiz, wobei je nach Zuordnung zwischen 5 und 10% der Bevölkerung als arm eingestuft werden müssen. (vgl. BFS 1999). Dies wirkt sich wiederum auf die Verteilung der Gesundheitschancen in der Schweiz aus.

Die Forschung zu sozialer Ungleichheit und der Ungleichverteilung von Gesundheitschancen befindet sich in einem Dilemma. Einerseits werden zahlreiche Unterschiede zwischen sozialen Gruppen beschrieben, die aber andererseits trotz vorliegender Erklärungsmodelle oftmals nur unzureichend erklärt werden können. Dieses mit dem Begriff *black box* umschriebene Phänomen ist sicherlich auch durch die Komplexität des Forschungsfeldes und die zahlreichen, einwirkenden Faktoren bedingt. Gesichert ist, dass ein starker Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft von Kindern und ihren Entwicklungs- und Gesundheitschancen (psychisch und physisch) besteht, der über die Lebenszeit kumuliert.

Der sozioökonomische Familienstatus übt, wie anhand obiger Ausführungen gezeigt werden konnte, einen nachhaltigen Einfluss auf Gesundheitschancen von Kindern aus. Trotzdem ergeben sich bezüglich der gesundheitlichen Ungleichheit noch viele offene Fragen und auch die Rolle der Familie ist in diesem Zusammenhang noch nicht abschliessend geklärt. Ergebnisse aus der sozialkulturellen Sozialisationsforschung weisen darauf hin, dass familiäre Interaktions- und Kommunikationsstrukturen sowie die Unterstützung von Kompetenzbildung bei den Familienangehörigen in Abhängigkeit von der jeweiligen subkulturellen Familienumwelt geschieht (vgl. Hurrelmann 2006: 178f.). Diese Erkenntnisse öffnen den Blick für die Zusammenhänge zwischen den sozioökonomischen Verhältnissen und äusseren familialen Lebensumständen. Gleichzeitig legen sie den Nachdruck auf die Funktion der Familie als Vermittlerin sozialer Realitäten und subkulturell geprägter Handlungskompetenzen. Des Weiteren ist die Familie ein fragiles, soziales Interaktions- und Kommunikationssystem, das auf Belastungen innerhalb, aber auch ausserhalb der Familie, auf der emotionalen und psychosozialen Ebene sensibel reagiert. Armuts- und soziokulturelle Deprivationsphänomene bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur unter den materiellen, sondern auch unter den (sub)kulturellen Bedingungen ihrer familialen Lebenswelt zu betrachten.

Diese erweiterte Sicht der Familie - und ihr insbesondere psychosozialer und emotionaler Einfluss auf die Gesundheit und Entwicklungschancen vor allem der Kinder - wird im Folgenden in den Fokus genommen.

3.3 Emotionale und psychosoziale Lage von Familien als Kontextmerkmal

Neben den ökonomischen Ressourcen der Familie wird auch der Qualität der Familieninteraktion eine grosse Gesundheitsrelevanz beigemessen. Die Familie ist der wichtigste Ort der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern, in dem soziales Verhalten und Einstellungen vermittelt und erlernt werden. Oftmals wird die Familie sogar als wichtigster Kontext für die Ausbildung und Entwicklung von gesundheitsrelevanten Konzepten angesehen (Tschöpe-Scheffler 2005).

Das System Familie birgt neben den protektiven Möglichkeiten auch gesundheitsgefährdende Risikofaktoren, in erster Linie familiäre Konflikte, inkonsistente elterliche Erziehungsstile und unstrukturierte Formen der Lebensführung (vgl. Schier & Lange 2007). Dabei beeinflussen sowohl Eltern als auch Kinder im Wechselspiel das Entwicklungsgeschehen in und mit der Familie (vgl. Schneewind 2008). Diese gegenseitige Interdependenz der einzelnen Familienmitglieder und der kindbezogenen Entwicklungseffekte ist in Abbildung 4 zusammengefasst.

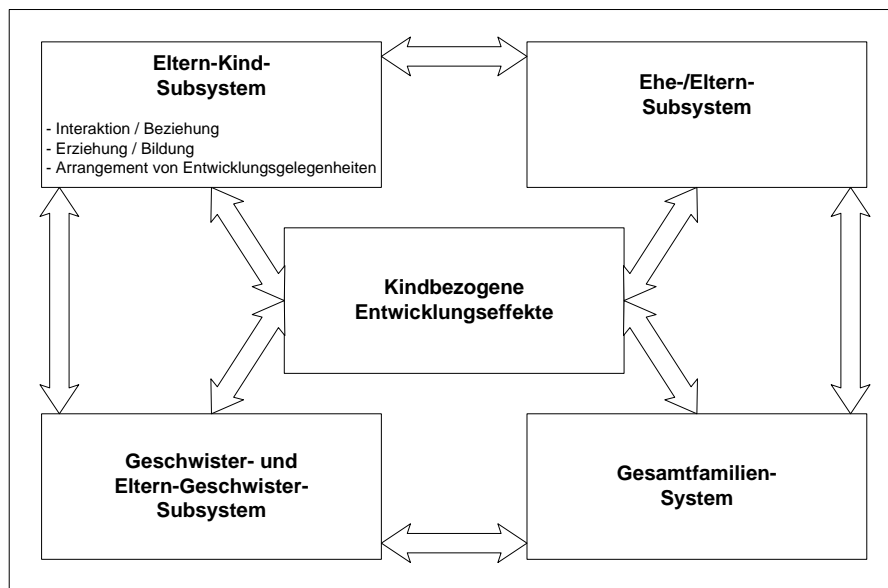


Abbildung 4: Wechselseitige Einflüsse des Gesamtfamilienystems und seiner Subsysteme im Hinblick auf kindbezogene Entwicklungseffekte (nach Schneewind 2008: 259)

Obige Abbildung verdeutlicht, dass nicht alleine die Eltern-Kind-Beziehung relevant ist für das kindbezogene Entwicklungs-, Interaktions- und Kommunikationsgeschehen innerhalb des Familiensystems, sondern auch das Gesamtfamilienystem, die Partnerschafts-, die Geschwister- sowie die Geschwister-Eltern-Verhältnisse. Die beiden letzten Betrachtungen bleiben bei den nachfolgenden Erörterungen ausgeschlossen, da sie für den Argumentationsgang der vorliegenden Arbeit nicht relevant sind.

3.3.1 Ehe- und Elternsystem und Gesundheits- und Entwicklungschancen

Während die triadischen Beziehungsqualitäten schon früh in die empirische Sozialforschung Eingang gefunden haben, wurde der Fokus erst in den letzten zwanzig Jahren auch auf die Partnerschaftsbeziehung der Eltern gelegt (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007). Paare mit hoher Partnerschaftsqualität zeichnen sich in der Regel durch eine hohe kommunikative Kompetenz sowie ein differenziertes Problemlöseverhalten und einen erfolgreichen Umgang mit Belastungssituationen aus (vgl. Schnabel 2001: 93). Die Qualität der elterlichen Paarbeziehung bildet nach heutigem Wissensstand einen zentralen Risiko- oder Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung (vgl. Fuhrer 2005). Störungen der Zweierbeziehung (d.h. Häufigkeit, Intensität, Konfliktstil, Inhalt der Konflikte und Art der Konfliktlösung) können direkt Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung und -Interaktion nehmen und beeinflussen schon die Verhaltensregulation von Kleinkindern negativ (vgl. Braune-Krickau et al. 2005, Fox et al. 2002). Im Rahmen des deutschen Jugendgesundheitssurveys konnte zum Beispiel nachgewiesen werden, dass konfliktbelastete Familien und eine unglückliche Partnerschaft der Eltern Gesundheitsrisiken für die Kinder darstellen (OR 4.94 bzw. OR 2.72; vgl. Ravens-Sieberger & Wille 2008). In erster Linie sind es die chronisch ungelösten Konflikte zwischen den Elternteilen, die bei Kindern direkte Verhaltensprobleme auslösen.

"Starke, ungelöste Konflikte oder Rückzug auf Seiten der Eltern können direkt auf Kinder wirken, ablenkend, einschüchternd, modellhaft oder kontrollierend; oder indirekt, indem sie auf die Interaktionen mit dem Kind 'abfärben', oder aber Energie und Aufmerksamkeit von der Interaktion mit dem Kind abziehen." (Reichle & Gloger-Tippelt 2007: 204; Hervorhebung im Original)

Empirisch nachgewiesene Mediatoreffekte, welche in diesem Zusammenhang zum Tragen kommen, sind Spillover- oder Spannungsübertragungseffekte, Reduktion der Verhaltenskontrolle des Kindes bzw. inkonsistentes Erziehungsverhalten durch Absorption mit eigenen Problemen, kindliches Involvierens in die Konfliktsituation sowie die Bildung von Eltern-Kind-Koalitionen auf Kosten des Partners (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007, Schneewind 2008). Neueste Untersuchungen befassen sich auch zunehmend mit dem partnerschaftlichen Unterstützungsverhalten (wechselseitige Unterstützungssysteme, Elternrolle und -aufgaben des anderen kennen, respektieren und wertschätzen) in Erziehungssituationen, dem sogenannten Co-Parenting bzw. der Elternallianz (vgl. Gabriel & Bodenmann 2006, Petermann & Petermann 2006). So konnten Gabriel & Bodenmann (2006) nachweisen, dass die elterlichen Kompetenzbereiche Erziehungskompetenz, individuelles und dyadisches Coping mit wahrgenommenen Erziehungskonflikten signifikant korrelieren. Das Ausmass an Übereinstimmung bzw. Dissens in der Erziehungsorientierung wiederum beeinflusst die kindliche (Sozial-)Entwicklung nachhaltig (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007, Braune-Krickau et al. 2005). Über die direkte Beeinflussung hinaus übt elterliche Konfliktregulation einen Modellierungseffekt auf die Kinder aus, je nach Qualität einen positiven oder negativen.

Auch ein erhöhtes Stressniveau (z.B. durch finanzielle Belastungen, kindbezogene Anforderungen) kann bei defizitären Bewältigungskompetenzen der Eltern zu einer Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit und einem Anstieg negativer kommunikativer Interaktion führen (vgl. Gabriel & Bodenmann 2006). Gleichzeitig können aber auch vorhandene Bewältigungskompetenzen durch Stress reduziert bzw. zeitweilig verschüttet werden (vgl. Bodenmann 2001). Dies insbesondere, da Stress in erster Linie partnerschaftliche Gemeinsamkeiten und dyadische Erfahrungen reduziert und dabei auch einen negativen Einfluss auf die Kommunikationskompetenz zwischen den Partnern ausübt (vgl. ebd.). Nicht zuletzt kann lang anhaltendes negatives Stresserleben zu gesundheitlichen Problemen führen, was wiederum einen negativen Einfluss auf die Partnerschaftsqualität und damit auch auf die Partnerschaftszufriedenheit ausüben kann (vgl. ebd.). Die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der Eltern ist ihrerseits ein wichtiger Prädiktor für das Problemverhalten und die Gesundheit von Kindern. Mehrfach konnte der Zusammenhang von psychischer Belastung - insbesondere von Müttern - und den Verhaltensproblemen der Kinder herausgearbeitet werden (vgl. Lovejoy et al. 2000), im Speziellen ihr Einfluss auf das Sozialverhalten von Kleinkindern (vgl. Braune-Krickau et al. 2005). Auch konnte gezeigt werden, dass körperliche Bestrafung von Kindern im Erziehungskontext - neben der Häufigkeit von Verhaltensstörungen der Kinder, dysfunktionalem Erziehungsverhalten und dem sozioökonomischen Status - auch bedeutsam mit mütterlicher psychischer Befindlichkeit korreliert (vgl. Hahlweg et al. 2008).

3.3.2 Eltern-Kind-Subsystem und Gesundheits- und Entwicklungschancen

Unter dem Eltern-Kind-Subsystem versteht Schneewind (2008) das Eltern-Kind-Verhältnis im Rahmen von gemeinsamer Interaktion und gegenseitigen Beziehungen, von elterlichen Erziehungs- und Bildungskompetenzen sowie von durch Eltern arrangierten Entwicklungsangelegenheiten (vgl. Abb. 3). Neben der Qualität der elterlichen Paarbeziehung hat auch die elterliche Erziehungskompetenz als Risiko- oder Schutzfaktor

tor einen zentralen Einfluss auf die kindliche Entwicklung (vgl. Fuhrer 2005). So besteht nachweislich ein aussagekräftiger Zusammenhang zwischen ungünstigen Erziehungspraktiken⁷ der Eltern und der Entwicklung und dem Verlauf von externalisierenden Verhaltensstörungen (vgl. Petermann & Petermann 2006).

Erziehung ist ein Versuch der Intervention zur "Verbesserung und Vervollkommnung der Persönlichkeit des Erzogenen" (Hurrelmann 2006: 156) und als Erziehungsstile werden die "beobachtbaren und verhältnismässig überdauernden tatsächlichen Praktiken der Eltern" (ebd.: 157) bezeichnet. Dabei umfasst Erziehung sowohl intentionale wie auch unbeabsichtigte und nicht bewusste Handlungen, die sich beide für die positive kindliche Entwicklung als zielführend oder schädigend erweisen können (vgl. Petermann & Petermann 2006). Erziehungskompetenz als Kerngeschäft der Eltern (Fuhrer 2007) wurde nicht nur in Fachkreisen in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts zum Zankapfel hinsichtlich der Diskussion um die Vor- und Nachteile autoritärer bzw. anti-autoritärer Erziehungsstile. Auch heute noch wird über die Angemessenheit verschiedener elterlicher Erziehungsstile diskutiert.

Gegenwärtig werden Erziehungsstile konzeptionell mit einer Kreuztabellierung (niedrige vs. hohe Ausprägung) erfasst: Steinberg et al. (1994) arbeiten dabei mit den beiden Dimensionen *Fordern/Kontrolle* und *emotionale Wärme* und kommen so auf die vier Erziehungsstile autoritativ⁸, autoritär/autokratisch⁹, permissiv¹⁰ und vernachlässigend¹¹ (vgl. Schneewind 2008, Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005). Hurrelmann (2006) arbeitet mit einer ähnlichen Kreuztabellierung: Er stellt die beiden Dimensionen Einsatz elterlicher Autorität und Berücksichtigung kindlicher Bedürfnisse einander gegenüber, was in fünf Erziehungsstile resultiert. Er fügt den bei Steinberg et al. (2004) genannten vier Erziehungsstilen, wie in Abbildung 5 dargestellt, den überbehütenden Stil hinzu (hohe Ausprägung sowohl bezüglich Einsatz elterlicher Autorität als auch im Hinblick auf Berücksichtigung kindlicher Bedürfnisse) und spricht anstelle des autoritativen vom autoritativ-partizipativen Stil, der sich durch gemässigte Werte auf beiden Achsen auszeichnet.

⁷ Petermann & Petermann (2006: 3) definieren ungünstige elterliche Erziehung durch strenge und strafende Erziehungspraktiken, Inkonsistenz hinsichtlich des Belohnungs- und Bestrafungsverhaltens, ungünstige Anweisungen (zu viele, unzureichend begründet, widersprüchlich), Uneinigkeit im Co-Parenting sowie mangelnde Wärme und unzureichendes Einfühlungsvermögen gegenüber dem Kind.

⁸ Eltern stellen hohe Anforderungen mit gleichzeitiger emotionaler Zugewandtheit.

⁹ Kombination einer emotional ablehnenden Haltung mit hohen Anforderungen.

¹⁰ Geringe Kontrolle und hohe emotionale Involviertheit der Eltern.

¹¹ Geringe Kontrolle und wenig emotionale Involviertheit der Eltern.

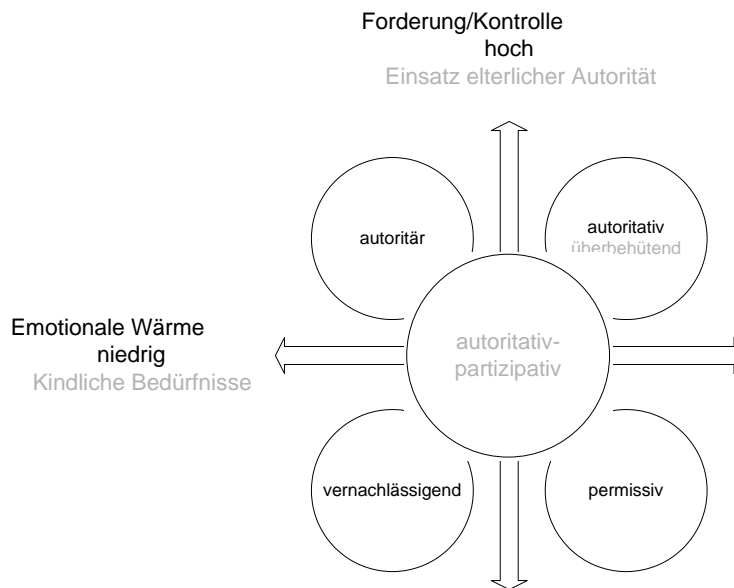


Abbildung 5: Erziehungsstile nach Steinberg (1994); Ergänzung des Modells nach Hurrelmann (2006) in grau

Auch wenn obige Abbildung Differenzen in der Einteilung der Erziehungsstile und Wertedimensionen abbildet, besteht doch Einigkeit über die Angemessenheit, vor allem des autoritativen Erziehungsstils, dem positive Wirkkräfte für die kindliche Entwicklung zugeschrieben werden.

Der autoritative bzw. autoritativ-partizipative Erziehungsstil zeichnet sich durch viel Wärme (elterliche Wertschätzung), viel Struktur (Fordern und Grenzensetzen) sowie hohe Autonomieunterstützung (Gewährung und Förderung von Eigenständigkeit) aus und scheint dabei nach heutigem Wissensstand die Entwicklung von Kindern am positivsten zu beeinflussen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005, vgl. auch Schneewind 2008). Positive Effekte auf Eigenschaften der Kinder (wie Selbstvertrauen, Leistungsbereitschaft, schulische Kompetenz, Eigenständigkeit, psychosoziale Reife, Selbstkontrolle, Resistenz gegenüber deviantem Verhalten, moralisches Urteilsvermögen) können, wie in Längsschnittstudien nachgewiesen werden konnte, direkt - wenn auch nicht in einer deterministisch-naturgesetzlichen Weise - auf das autoritative Elternverhalten zurückgeführt werden (vgl. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005). Die vier Erziehungsstile widerspiegeln gemäss Schneewind (2008) jeweils prototypische Haltungen, welche sich im konkreten Alltagsumgang in Verhalten umsetzen.

Immer öfter wird auch anstelle klassischer Erziehungsstile mit Mehr-Dimensionen-Lösungen gearbeitet, welche das Erziehungsverhalten von Eltern abbilden sollen. Ausgehend vom Drei-Dimensionen-Modell mit den Dimensionen *emotionale Unterstützung*, *Verhaltenskontrolle* (Anleiten, Führen, Grenzen setzen, Monitoring) sowie *psychologische Kontrolle* (negativ-einschränkende Interventionen wie Drohen, Liebesentzug usw.) wurden weitere eigenständige Dimensionen wie *Autonomiegewährung* und *Monitoring* definiert (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007). Der zentrale Stellenwert des elterlichen Monitorings für eine positive kindliche Entwicklung ist nach heutigem Erkenntnisstand unumstritten, vor allem für das Arrangieren von Entwicklungsgelegenheiten (z.B. Besuch von Musikunterricht, Wahl ausserfamiliärer Betreuungseinrichtungen, Schulwahl; vgl. Schneewind 2008).

Neben der unmittelbaren Beziehungsqualität ist auch das ‚Familienmanagement‘, die Abstimmung, Unterstützung und sanfte Führung der Kinder und Jugendlichen in und durch die Familie, als wichtige Ressource

der Gesundheitsförderung anzusehen. Die Qualität dieses Elternverhaltens wiederum hat direkten Einfluss auf die kindliche Entwicklung: Elterliche Wärme (vor allem in positiven Situationen) führt zu einem kompetenten Umgang der Kinder mit positiven Emotionen, während Responsivität (im Sinne von protektivem Elternverhalten) zu einer guten Regulierung negativer Emotionen beiträgt (vgl. Schneewind 2008). Kinder mit einer sicheren Bindung zu ihren nächsten Bezugspersonen können Emotionen anderer Personen vollständiger und angemessener wahrnehmen. Ihnen stehen damit mehr adäquate Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung als Kindern mit einer unsicheren Bindung (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007). Die psychosoziale Entwicklung wird auch noch im Erwachsenenalter durch die Gefühle von Sicherheit und Zuneigung unterstützt (Bindungsbereitschaft, Sozialverhalten, intellektuelles Vermögen, Selbstwertgefühl), welche durch die Eltern vermittelt werden (vgl. Fuhrer 2008, Gloger-Tippelt et al. 2007).

In mehreren Studien konnten auch entwicklungshemmende Zusammenhänge bestätigt werden (Klocke & Becker 2003). Internalisierendes Verhalten von Kindern hängt mit Machtausübung, Vernachlässigung, Überengagement, Überbehütung, überkontrollierendem Verhalten, Depression der Eltern und Elternverlust zusammen. Externalisierendes Verhalten geht hingegen einher mit harten, nötigenden, inkonsistenten Erziehungsvarianten sowie Ablehnung des Kindes, Feindseligkeit und Zudringlichkeit der Mutter (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007, Ihle et al. 2005). Autoritatives Elternverhalten sowie die Förderung der Autonomie der Kinder, elterliche Unterstützung und Wärme hingegen wirken sich positiv auf die soziale Kompetenz und Anpassung der Kinder aus (vgl. ebd., Franiek & Reichle 2007, Klocke & Becker 2003). Auch das Gesundheitsverhalten wird durch das elterliche Erziehungsverhalten stark geprägt. So zeigt sich im Rahmen einer Teilauswertung der HSBC-Daten aus Deutschland bei einem liberaleren Erziehungsstil¹² ein erhöhter Anteil an gesundheitsriskantem Verhalten der Kinder und Jugendlichen. Für den restriktiven Erziehungsstil, der vor allem in niedrigen sozialen Schichten angetroffen werden konnte, wurden keine so eindeutigen Resultate gefunden (vgl. Klocke & Becker 2003).¹³ Effekte des elterlichen Erziehungsverhaltens zeigen sich unter Umständen erst viele Jahre später (Kruse 2001). Die im Rahmen des NFP 52 in Zürich durchgeführten retrospektiven Studie unter 20'531 zwanzigjährigen Frauen und Männern, die u.a. zur Klärung des Zusammenhangs elterlicher Erziehungsstile (gemessen an Kreuztabellierung Forderungs- und Unterstützungsleistung) und Gesundheit beitragen sollte, konnte zeigen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen selbstberichteten, vegetativen Störungen und einer erhöhten Anfälligkeit für Krankheiten mit einem eher vernachlässigenden Erziehungsstil¹⁴ der Eltern besteht. Und auch bezüglich der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (Suizidgedanken, Gefühle der Sinnlosigkeit) scheint ein positiver Zusammenhang mit wahrgenommenem permissivem¹⁵ sowie vernachlässigendem Erziehungsstil der Eltern zu bestehen (vgl. Gutzwiller & Wydler 2005).

Das Verhaltensmuster zwischen Eltern und Kindern entwickelt sich im Wechselspiel, dem sogenannten Transaktionszyklus (vgl. oben). Positive wie negative Verhaltensmuster der Eltern-Kind-Interaktion können sich - durch das Erziehungsverhalten beeinflusst - prozessual steigern. Innerhalb dieser Steigerung verändern sich sowohl das Eltern- als auch das Kind-Verhalten in die positive bzw. negative Richtung (vgl. Hahlweg et al. 2008). Die Richtung des kausalen Einflusses konnte bis anhin nicht abschliessend geklärt werden, da „das kindliche Verhalten ein fast ebenso potenter Prädiktor für das elterliche Verhalten [ist]

¹² Erziehungsstil gemessen an der Uhrzeit des Nach-Hause-Kommen-Müssens und Einteilung in drei Gruppen mittels Mittelwert \pm Standardabweichung.

¹³ "So führt in Unterschichten ein eher restriktiver Erziehungsstil zu besseren Sozialisationsergebnissen, während in höheren Schichten ein grösserer Freiraum der Kinder und Jugendlichen als günstiger zu erachten ist." (Klocke & Becker 2003: 220).

¹⁴ Die Studie spricht von einem paradoxen Erziehungsstil mit geringer Unterstützungsleistung und hohen Forderungen von Seiten der Eltern.

¹⁵ Die Studie spricht hier von einem gleichgültigen Stil, geprägt durch sowohl geringe Unterstützungs- als auch Forderungsleistung von Seiten der Eltern.

wie das elterliche Verhalten für das auffällige Verhalten des Kindes (mehr bei Müttern, weniger bei Vätern)“ (Reichle & Gloger-Tippelt 2007: 204). Beelmann et al. (2007) interpretieren die Daten zum Zusammenhang von Elternverhalten und externalisierenden Verhaltensproblemen in ihrer Langzeitstudie jedoch eher in Richtung einer stärkeren Beeinflussung der Verhaltensprobleme durch Erziehungsmerkmale als umgekehrt, da ein stabiles Eltern-Kind-Interaktionssystem schon zu einem frühen Alterszeitpunkt der Kinder vorzuliegen scheint.

Eine gute Beziehung zu den Eltern gehört zu den zentralen Schutzfaktoren der Kinder. Mit zunehmender Qualität der Beziehung steigt auch die Qualität der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (vgl. Klocke & Becker 2003). Die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion beeinflusst sämtliche Entwicklungsbereiche des Kindes: Vernachlässigung, dauerhafte Reizmonotonie oder Überflutung durch unangemessene Reize beeinträchtigt nicht nur seine emotionale und eventuell körperliche, sondern auch seine kognitive Entwicklung (vgl. Wilkinson 2007). Die Erziehungskompetenz der Eltern wiederum kann durch allgemeine Lebensumstände der Familie (psychosoziale und ökonomische Belastungen), psychische oder physische Erkrankungen sowie Stressbelastung der Eltern und ein vermindertes Selbstwirksamkeitserleben beeinträchtigt sein (Petermann & Petermann 2006: 5). Es gibt Hinweise darauf, dass die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die mit einer höheren Schulbildung einhergehen, eine positive Wirkung auf die Partnerschaftsbeziehung und damit auf den Erziehungsstil der Eltern haben (vgl. Kruse 2001). Dabei hat die familiäre Lebenslage einen systematischen, aber nicht immer einfach anzugebenden Einfluss auf die elterlichen Erziehungsstile (vgl. Hurrelmann 2006: 178f.). Ebenso beeinflussen subkulturell geprägte, familiäre Interaktions- und Kommunikationsstrukturen den Erziehungsstil von Eltern wechselseitig mit den Persönlichkeitsmerkmalen des Kindes (z.B. Temperament, Intelligenz; vgl. ebd.). Gutzwiller & Wydler (2005) berichten von einem sozialen Gradienten in den Erziehungsstilen der Eltern der retrospektiv befragten jungen Erwachsenen. So finden sich ungünstige Erziehungsstile eher bei Vätern und Müttern aus den tieferen Bildungsschichten. Diese Erkenntnisse weisen wieder auf die unter 3.2 erörterten Einflüsse des sozioökonomischen Status sowie der Relevanz des Lebensumfelds der Familie für ein entwicklungsförderliches Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in ihrem primären Sozialisationskontext hin.

3.3.3 Gesamtfamiliensystem und Gesundheits- und Entwicklungschancen

Die Familie hat im Laufe der letzten Jahrzehnte komplexe und markante Wandlungsprozesse durchgemacht: Haushalte ohne eheliche Verbindung der Partner nehmen zu, das durchschnittliche Alter der Erstgebärenden nähert sich dem 30. Lebensjahr an, ein Viertel der Frauen bleibt kinderlos, zunehmende Scheidungs- und Wiederverheiratungsaktivitäten und damit ein wachsender Anteil unterschiedlicher alternativer Familienformen (Patchwork-Familien, Einelternfamilien, Stieffamilien usw.), zunehmende Entkopplung von Ehe und Elternschaft, rückläufige Geburtenzahlen, Zunahme der Anzahl Kinder mit Migrationshintergrund (vgl. BFS 2008).

Pathologisch orientierte Sichtweisen zum Aufwachsen in verschiedenen Familienformen wurden in den letzten Jahren von einer differentiellen Sichtweise abgelöst, denn es konnte nachgewiesen werden, dass die „Effekte des Grosswerdens in einem von der traditionellen Kernfamilie abweichenden Familientypus auf Persönlichkeit und Verhaltensauffälligkeiten eher moderat“ (Schier & Lange 2007: 36) sind. Trotzdem zeigt es sich, dass insbesondere Kinder aus Einelternfamilien mit höheren Risiken für ihre Gesundheit konfrontiert sind als Kinder aus anderen Familienformen. Zu diesem Ergebnis kommt auch die

Auswertung der HSBC-Daten für Deutschland hinsichtlich diverser Gesundheitsindikatoren (selbsteingeschätzte Gesundheit, Zahnhygiene, Frühstück an Schultagen), die nach Familienform (Elternpaare, Allein-Erziehende, Allein-Erziehende mit Partner) unterschieden wurden. Die Autoren führen dieses Ergebnis auf die materielle Benachteiligung und aus zeitlicher Ressourcenknappheit resultierende Erziehungsdefizite (Doppelbelastung Erwerbsarbeit und Familienarbeit) Allein-Erziehender zurück (vgl. Klocke & Becker 2003). Schnabel (2001) attestiert neben den Allein-Erziehenden (mit oder ohne Partner) auch den Familien mit Kindern und unverheiratet zusammenlebenden Partnern sowie Stieffamilien einen höheren Grad an gesundheitsgefährdenden Belastungen, die sich in erster Linie aus ihrem psychosozialen Gefährdungspotential ableiten lassen.

Das Familienklima und die emotionale Beziehung zwischen den Eltern und ihren heranwachsenden Kindern kann eine Belastung für Kinder und Jugendliche sein, die unter Umständen mit einer ganzen Reihe von Auffälligkeiten und ungünstigen Entwicklungen einhergehen. Wie im Rahmen des Jugendgesundheits-surveys gezeigt werden konnte (vgl. oben), haben neben der unglücklichen Partnerschaft der Eltern auch konfliktbelastete Familien einen grossen Einfluss auf die Gesundheitsrisiken (psychische Gesundheit) der Kinder (vgl. Ravens-Sieberer & Wille 2008), denn sie können u.a. seelischen und körperlichen Stress erzeugen (vgl. Schnabel 2001). Dass nicht so sehr die Familienform, sondern die familieninternen Kommunikations- und Interaktionsstrukturen auf das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder einwirken, zeigt sich an Studien zur Gesundheit von Kindern aus Trennungsfamilien. Die von amerikanischen Studien rapportierten Defizite hinsichtlich Bildungserfolgen, Verhalten, psychologischer Anpassungsfähigkeit, Selbstkonzept und sozialen Beziehungen von Scheidungskindern gegenüber Kindern aus Familien mit einer intakten Vater-Mutter-Konstellation (Sørensen 2005: 114) konnten in den letzten Jahren relativiert werden. Der Mehrheit der sich trennenden Partner gelingt es, ihre familialen Strukturen und Beziehungen so zu reorganisieren, dass „das potentielle Risiko einer Elterntrennung nicht zu dauerhaft schädigenden Bedingungen für die Kinder führt“ (Wilkinson 2007: 43). Immerhin 15% - 20% der Trennungseltern gelingt dieser Reorganisationsprozess nicht, und die Eltern und ihre Beziehungen bleiben konfliktbehaftet und formen dadurch ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für ihre Kinder (vgl. ebd.). So sind es in erster Linie die Risiko- (Alter des Kindes, Geschlecht, psychische Belastung des allein erziehenden Elternteils usw.) und Schutzfaktoren (Erziehungskompetenz des allein erziehenden Elternteils, Aufrechterhaltung des familialen Beziehungsnetzes, positives Beziehungsklima, Stabilität usw.), welche den kindlichen Bewältigungsprozess hindern bzw. unterstützen sowie die familialen Bedingungen vor der elterlichen Trennung, welche die kindliche Entwicklung nach einer Trennung/Scheidung beeinflussen (vgl. Winkelmann 2007).

Kinder und Jugendliche aus disharmonischen, chronisch konfliktbelasteten Familien erfahren aber auch in diesen Kontexten regelhafte Handlungsabläufe und charakteristische Beziehungsformen, die sich in ihrer Befindlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung sowohl positiv als auch negativ niederschlagen.

3.4 Zusammenfassung

Wie gezeigt werden konnte, definiert sich Familie als Sozialeinheit weniger über rechtliche und soziale Verbundenheit als über die emotionale Verbundenheit ihrer Mitglieder. Hauptaufgabe der Familie in westlichen Industriegesellschaften ist nicht alleine die sozioökonomische Sicherung der Haushaltsmitglieder, sondern vielmehr die Vermittlung von Sozialität, Vertrauen, Unterstützung und Erziehung. Familie übt demnach einen vielfältigen Einfluss auf ihre Mitglieder und auch auf deren Gesundheits- und Krankheitsgeschehen aus. Das versteckte Gesundheitssystem Familie bietet mittels Selbsthilfemassnahmen, gesund-

heitsbezogenem Informationsaustausch und praktischer Unterstützung erste Hilfe an und wickelt rund zwei Drittel aller Gesundheitsprobleme im privaten Sektor ab. Gleichzeitig vermittelt sie auch die Gesundheit beeinflussende Lebensstile, Einstellungen und Haltungen. Für eine gute Funktionsfähigkeit benötigen Familien jedoch affektive, kognitive und praktische Ressourcen.

Insbesondere die soziale Lage einer Familie übt einen nachhaltigen Einfluss auf das Gesundheits- wie Krankheitsverhalten der Familienmitglieder aus. Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familienverhältnissen sind eher von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen betroffen und sterben statistisch gesehen früher als Kinder aus sozioökonomisch höheren Schichten. Die Prägung der Herkunftsfamilie bleibt im gesamten Lebensverlauf gesundheitsbiographisch bestimmend, sowohl hinsichtlich der Einstellungen und Haltungen als auch bezüglich des effektiven Gesundheitsstatus. Zur Erklärung dieser Effekte wurden verschiedene Modelle herangezogen, das gängigste ist zurzeit das Erklärungsmodell zur Ressourcen-Belastungs-Bilanz (vgl. Abb. 3). Erweitert wird dieses Modell, das sich neben einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und einem divergierenden Gesundheitsverhalten insbesondere auf die Balance zwischen der Bewältigungskompetenz von Einzelpersonen wie Familien und deren Belastungen abstützt, durch biographische Verlaufsgestalten von Gesundheits- und Krankheits-einstellungen und -handlungen sowie durch den Einbezug makroökonomisch orientierter Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.

Eine solche Ressourcen-Belastungs-Bilanz zeichnet sich auch bezüglich der psychosozialen und emotionalen Lage von Familien ab, denn auch die Qualität der Familieninteraktion ist von höchster Gesundheitsrelevanz für die einzelnen Mitglieder. Dies konnte sowohl auf der Ebene der Partnerschaftsinteraktion gezeigt werden als auch in der Qualität der dyadischen Eltern-Kind-Beziehung und der Qualität des Gesamtfamiliensystems. Eine hohe Partnerschaftszufriedenheit, die Konfliktfähigkeit der Eltern sowie die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der Eltern üben einen nachhaltig positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung aus. Auf der Ebene der Eltern-Kind-Beziehung wurden Entwicklungs- und Gesundheitschancen in erster Linie an das Erziehungsverhalten der Eltern gebunden. Wie gezeigt werden konnte, gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen förderlichem Erziehungsverhalten und geringen Verhaltensproblemen bzw. hoher Sozialkompetenz der Kinder, aber auch bezüglich ihrer psychischen und physischen Integrität und bezüglich dem gesundheitsförderlichen Verhalten bis ins Erwachsenenalter.

Auch das Gesamtfamiliensystem übt einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheits- und Entwicklungschancen von Kindern aus. Dabei ist jedoch nicht so sehr die Familienform bestimmend, als vielmehr die familieninternen Kommunikations- und Interaktionsstrukturen sowie das Familienklima.

Die in diesem Kapitel dargestellten Erkenntnisse können nicht in einem mechanistischen Wirkungszusammenhang interpretiert werden, sondern bilden den Hintergrund für ein die Realität produktiv verarbeitendes Subjekt (Hurrelmann et al. 2008: 20f.), das sich in einem komplexen Gefüge von Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcen und Risiken befindet. Die Bilanz aus diesem Zusammenspiel ergibt die Gesundheits- und Entwicklungschancen, welche Familien den Kindern und Jugendlichen bieten können.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, wie die Chancen für Kinder und ihre Familien auf ein gesundes und erfüllendes Leben verbessert werden können.

4 Gesundheitsförderung und Prävention

Mit einem zunehmend holistischen Verständnis der Konzepte Gesundheit und Krankheit aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen erhalten verstärkt die Prozesse der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung Relevanz. Aufgrund des Rückgangs akuter Erkrankungen in der Schweiz hat es sich auch das Bundesamt für Gesundheit zur Aufgabe gemacht, neben Heilen verstärkt das Fördern von Gesundheit und das Gesunderhalten zu propagieren.

„Das BAG hat die Förderung der Gesundheit aller in der Schweiz lebenden Menschen zum Ziel. Es will einerseits die einzelnen befähigen, ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit wahrzunehmen; andererseits will es, dass Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz sowie Heilung und Linderung von Krankheiten und Unfällen ganzheitlich und konsistent im Hinblick auf den grösstmöglichen Gesundheitsgewinn für alle realisiert werden.“ (<http://www.bag.admin.ch> 2008)

Die erweiterte Sicht von Gesundheit und Krankheit betont die zentrale Rolle der Lebensqualität im Sinne der Erfüllung und persönlichen Entfaltung, Kreativität und Freude für die Verbesserung der Mortalität und Morbidität der in westlichen Industriegesellschaften lebenden Bevölkerung.

Die gesteigerte Lebensqualität ermöglicht spezifische Formen der Lebensbewältigung und ist - wie gezeigt werden konnte - entscheidend mitbedingt durch den sozialen Status, den Bildungsstand und vor allem den sozialen Rückhalt im engeren sozialen Umfeld und der Familie (vgl. Keupp 2000). Die Erkenntnis, dass sich die Konstanz und Persistenz vom Einfluss sozialer Ungleichheit bis heute in allen westlichen Industriestaaten erhalten hat, obwohl sich die Zugangschancen zum Gesundheitswesen für alle Sozialschichten deutlich verbessert haben, weist darauf hin, dass die kurative Medizin trotz ihrer enormen Ressourcen „kaum in der Lage sein dürfte, die soziale Ungleichheit der Gesundheit nachhaltig und dauerhaft zu reduzieren“ (Helmert 2003: 181). In Zukunft sollten vermehrt die Zusammenhänge von psychischer Gesundheit, sozialer Gesundheit und sozioökonomischen Bedingungen geklärt werden. Daneben ist es aber auch unerlässlich, dass Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie eine Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik aufgebaut werden kann, die aktive Unterstützung der psychischen Gesundheit junger Menschen betreibt (vgl. Hackauf 2004). Auch wenn die Relevanz von Förderung und Stärkung von Gesundheitsressourcen im wissenschaftlichen Diskurs unbestritten ist, ist in der Schweiz nach wie vor der Gesundheitsförderungsstand ungenügend ausgebildet (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 2004).

4.1 Begriffliche Annäherung

In der Ottawa-Charta wurde festgehalten, dass Gesundheit dadurch entsteht, „dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (Franzkowiak & Sabo 1993: 96ff. zitiert nach Zuhorst 2000: 45). Gesundheit als geforderte Option gesellschaftlicher Praxis und der Gesun-

derhaltung bzw. Förderung von Gesundheit nimmt damit in allen gesellschaftlichen Bereichen zunehmend eine zentrale Stellung ein (vgl. Bals et al. 2008).

Unter gesundheitswissenschaftlicher Perspektive stehen zwei zentrale Strategien zur Gesunderhaltung im Mittelpunkt: Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention ist der historisch ältere Begriff und entstammt dem Hygiene- und Volksgesundheitsdiskurs der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts. Gesundheitsförderung hingegen etablierte sich als Begriff und Konzept erst durch die von der WHO geführte gesundheitspolitische Debatte in Ottawa 1986 (vgl. Hurrelmann 2006). Mit dem Begriff der Gesundheitsförderung gewann - in Ergänzung zu den bis dahin vorherrschenden, pathogenetisch argumentierenden Ansätzen - auch der ressourcenorientierte Ansatz zunehmend an Bedeutung. Einen deutlichen Niederschlag fand diese Perspektivenerweiterung denn auch in der Ottawa-Charta von 1986 der Weltgesundheitsorganisation, deren Ausgangspunkt die wachsenden Erwartungen an eine neue, öffentliche Gesundheitsbewegung war und die sich in erster Linie an die Erfordernisse in den Industrienationen richtete.

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin." (WHO 1986)

Über die begriffliche Abgrenzung von Prävention und Gesundheitsförderung besteht nach wie vor keine allgemeingültige Definition. Bals et al. (2008: 7ff.) unterscheiden die beiden Begriffe, wie dies das WHO-Zitat nahe legt, durch Zuweisung von Präventionsstrategien auf der Ebene von Verhaltensänderung und Gesundheitsförderungsstrategien auf der Ebene von Veränderungen der Verhältnisse:

„Zielen Konzepte der Prävention gerade darauf, das Verhalten und die Haltungen von Menschen zu verändern, um gesundheitsbezogene Risikofaktoren zu minimieren, so steht der von der WHO mit der Ottawa Charta 1986 ins Leben gerufene Ansatz der Gesundheitsförderung vor allem unter dem Vorzeichen, die Lebensbedingungen der Menschen so zu beeinflussen, dass ein anderes, eben ‚sozialverträgliches‘ und die Autonomie der Einzelnen förderndes, partizipatives Leben in den Alltagswelten möglich werden kann. Es geht hier um eine Veränderung von Lebensoptionen, die letztlich Gesundheit fördern.“ (Bals et al. 2008: 8)

Hurrelmann (2006) und Becker (2006) hingegen gehen davon aus, dass Gesundheitsförderung in erster Linie bei gesunden Menschen und Bevölkerungsgruppen ansetzt und sie in ihrer Gesundheit stärken will durch gezieltes Intervenieren "auf die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmässigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung" (Hurrelmann 2006: 751). Der Präventionsbegriff hingegen umfasst Krankheitsvorbeugung oder Krankheitsverhütung (vgl. Becker 2006) und wird oft auch mit dem Begriff *Vorsorge* gleichgesetzt, denn Prävention hat zum Ziel, eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.

Prävention wird dreigeteilt in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention: die Förderung von Gesundheit besonders gefährdeter Personen und Gruppen (Primärprävention), die Früherkennung und Frühtherapierung (Sekundärprävention) sowie die Vermeidung der Verschlimmerung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen und deren Folgeschäden (Tertiärprävention). Die Übergänge zwischen den verschiedenen Stadien sind fließend und verfügen damit über keine begriffliche Trennschärfe (vgl. Abb. 6).

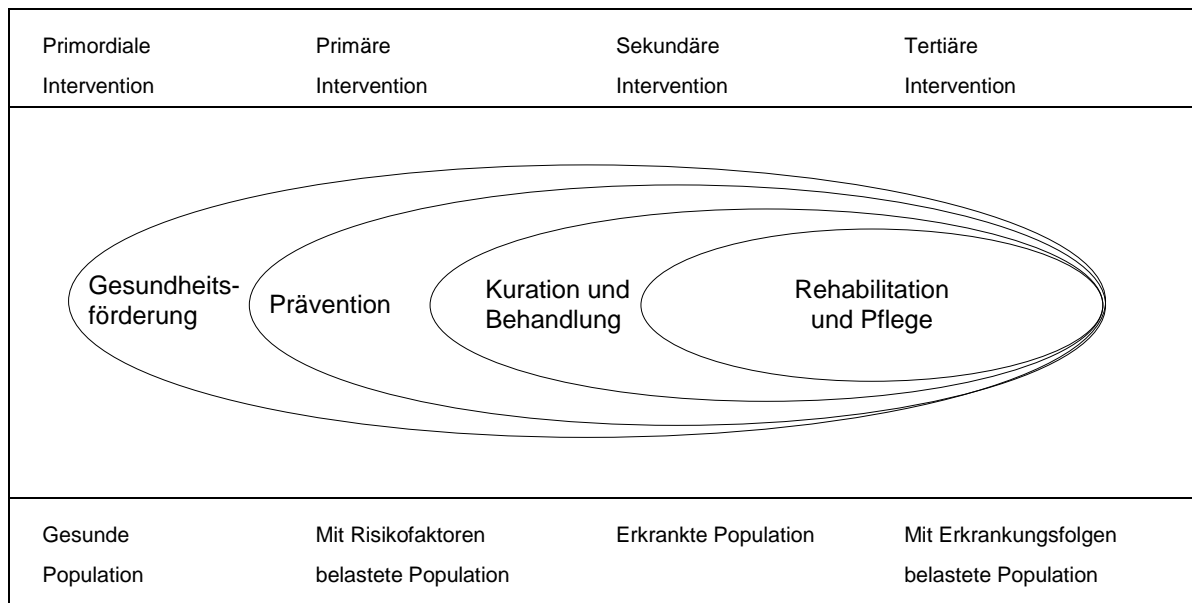


Abbildung 6: Interventionsschritte im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Hurrelmann 2006: 755).

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an dieser zweiten, durch Hurrelmann und Becker propagierten Definition der beiden Begrifflichkeiten.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme lassen sich des Weiteren auch in universelle, selektive und indizierte Programme gliedern: Universelle Programme richten sich an die Allgemeinbevölkerung ohne besondere Indikation, selektive Programme richten sich an bestimmte Subgruppen der Bevölkerung mit einem erhöhten Gefährdungspotential und indizierte Programme fokussieren auf Individuen oder Gruppen, die Symptome einer Störung zeigen, ohne dass sie die Kriterien für eine bestimmte Störung vollständig erfüllen (vgl. Heinrichs et al. 2006b).

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention haben einen Gesundheitsgewinn zum Ziel. Im Rahmen der Gesundheitsförderung bedeutet dies die Stärkung von Ressourcen. Für die Prävention liegt die Strategie in der Zurückdrängung der Krankheitslast (vgl. Hurrelmann 2006). Aus diesem Grund arbeitet Becker in seinem systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell mit dem Begriff der gesundheitsbezogenen Maßnahmen, unter die er - anders als Hurrelmann - obige Begriffe von Gesundheitsförderung bis Therapie subsummiert (vgl. Becker 2006). In ihrer klaren Orientierung an der salutogenen Perspektive unterscheidet sich Gesundheitsförderung in ihrem Ansatz und in der Handlungsperspektive vom eher biomedizinisch ausgerichteten Ansatz der Prävention: Sie orientiert sich an Gesundheit und nicht an Krankheit, an Kompetenzen, Schutzfaktoren und Ressourcen anstelle von Risikofaktoren, Defiziten und Vermeidung.

ungsverhalten, an einem Verständnis von Gesundheit als Kompetenz zur Lebensgestaltung und Lebensbewältigung mit der Zielorientierung von Teilhabe und Autonomie sowohl auf persönlicher als auch kollektiver und gesellschaftlicher Ebene bis hin zur lokalen und politischen Bedingungs- und Strukturgestaltung der gesundheitsrelevanten Determinanten sowie einer Betonung der Notwendigkeit von intersektoraler Zusammenarbeit auch ausserhalb des Gesundheitssektors (vgl. Franzkowiak & Wenzel 2001).

Dass Soziale Arbeit eine relevante Partnerin in diesem interdisziplinären Diskurs ausserhalb und innerhalb des Gesundheitssektors ist, konnte u.a. in Kapitel 2 gezeigt werden. Der dritte von Homfeldt & Sting (2006) genannte Ansatzpunkt für eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bezieht sich auf die sozialpädagogische Gesundheitsförderung. In ihr finden sich grundsätzlich Überschneidungen zwischen Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit bezüglich den Zielformulierungen und Prinzipien sowie eine ähnliche professionstheoretische Basis, wie sich aus folgender Tabelle ersehen lässt.

Tabelle 1: Gegenüberstellung von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung in Anlehnung an Witteriede 2005: 134

Soziale Arbeit	Gesundheitsförderung
Zentrales Prinzip ist die Hilfe zur Selbsthilfe mit explizit kritisch-emanzipatorischem Ansatz	Zentrales Prinzip ist das Empowerment mit explizit demokratisch-emanzipatorischem Ansatz
Unterstützung beim Aufbau von persönlichen und sozialen Kompetenzen zur gelingenden Lebensbewältigung	Unterstützung beim Aufbau von persönlichen und sozialen Kompetenzen als Grundbaustein für Gesundheit
Grösstmögliche Entwicklung von Potentialen von Menschen	Grösstmögliche Entwicklung von Potentialen von Menschen
Beseitigung von sozialer Ungleichheit sowie deren Folgen mit dem Ziel der Solidarisierung von Menschen	Beseitigung von sozialer Ungleichheit sowie deren Folgen mit dem Ziel der Solidarisierung von Menschen
Partizipation aller Menschen als Leitprinzip	Partizipation aller Menschen als Leitprinzip
Ausgangspunkte sind konkrete Problemlagen bzw. Defizite und Benachteiligungen von Personen und Gruppen	Ausgangspunkte sind die positiven Bedingungen für Gesundheit und Ressourcen von Menschen (salutogenetische Perspektive)
Fokus liegt auf der Sicherung der Bedürfnisse und der Stärkung des Einzelnen, der Gruppe und dann bzw. darüber auf Systemveränderungen	Setting-Ansatz als eine Schlüsselstrategie, um über Veränderungen des jeweiligen Systems zu Verbesserungen für den Einzelnen zu kommen

Wie die Tabelle zeigt, basieren Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit beide auf einem emanzipatorischen Ansatz. Sie zielen beide auf ein partizipativ ausgerichtetes Empowerment, der Unterstützung von Kompetenzentwicklung und Partizipationschancen von Einzelpersonen, aber auch von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Beide verfügen sie aufgrund der anvisierten Sicherung und Verbesserung von Lebensbedingungen aller, jedoch vor allem von Bevölkerungsgruppen an der gesellschaftlichen Peripherie über eine stark sozialpolitische Stossrichtung. Diese Schnittstellen zeigen den wesentlichen Beitrag auf, den die Konzepte, Methodologien und Reflexionsstandards der Sozialen Arbeit für eine zukünftige Gesundheitswissenschaft in Theorie und Praxis leisten könnte. Diesen Beitrag auch tragfähig zu machen und in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs einzubringen, wird in den nächsten Jahren eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit sein.

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht stellt insbesondere Gesundheitsförderung "ein Aktionsprogramm dar, mit dem alle politischen Bereiche darauf ausgerichtet werden sollen, die gesundheitlichen Folgen ihrer spezifischen Politiken zu erkennen" (Franzkowiak & Wenzel 2001: 720). Diese sozialpolitische Stossrichtung wird im Gesundheitsdiskurs bzw. in der Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention noch zu stark vernachlässigt (vgl. ebd.). Obwohl die Relevanz der Berücksichtigung der Verhältnissebene unbestritten ist, setzen Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention mit Vorliebe auf der Verhaltensebene an, denn "der Zugriff auf das Individuum durch die Strategien der Verhaltensprävention versprechen vordergründig grössere und schnellere Erfolge" (Hanses 2008: 15).

Mit dieser gegenwärtig starken Fokussierung auf die Verhaltensebene bleibt die Berücksichtigung moderierender Einflussfaktoren der sozialen Herkunft auf die Programmeffektivität konzeptionell jedoch nahezu vollständig ausgeklammert (Bauer 2005: 74). Damit gerät die Verhältnissebene zunehmend aus dem Blickfeld und mit ihr auch die sozialen Implikationen von Gesundheit und Krankheit, was sich im Diskurs um den Vorzug von Verhaltens- auf Kosten der Verhältnisprävention niederschlägt. Gesundheitsförderung und Prävention müssen - sollen sie einer Verfestigung sozialer Unterschiede vorbeugen - neben dem Individuum auch die gesellschaftlichen, politischen, sozialen usw. Zusammenhänge berücksichtigen. Denn mit der Frage nach Ermöglichung von Gesundheit tritt auch die Frage nach der Veränderung des Sozialen in den Fokus, als eine Voraussetzung für die Verbesserung von Gesundheitsgeschehen in einer Bevölkerung (vgl. Brunnett 2007). Eine alleinige Fokussierung auf Verhaltensänderung ist deshalb problematisch, da die spezifischen Mechanismen der sozialen Wirklichkeit von Menschen auf deren Gesundheit zu stark ausser Acht gelassen werden und damit dem Individuum übermässig Verantwortung hinsichtlich seiner Gesundheit zugeschoben wird (vgl. Bals et al. 2008). Eine Stärkung von Gesundheit und Zurückdrängung von Krankheitsrisiken muss aus diesem Grund im Schulterschluss zwischen Ansätzen auf der Verhältnis- und Verhaltensebene bauen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass nicht mehr in erster Linie der Einzelne vor einer deprivierenden und entwicklungshinderlichen Umwelt geschützt wird, sondern viel mehr die Gesamtheit und ihre Ressourcen vor den Zugriffen des Einzelnen (vgl. Dollinger 2006a). Denn wenn Gesundheitserhaltung und -herstellung im Einflussbereich vom Individuum liegt, kann dieses für den Verlust von Gesundheit bzw. für seine Krankheit verantwortlich gemacht werden.

"Während Gesundheit den Individuen als gelungene Anpassung an die Umwelt und sich beständig verändernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zugeschrieben wird, erscheint Krankheit für die Individuen selbst, aber auch für die Umgebung, zunehmend als selbst zu verantwortendes Versagen, als äusserliches Zeichen der missglückten Anpassung an die Lebensbedingungen." (Brunnett 2007: 179)

Gerade vor dem Hintergrund, dass das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen soziale Grössen und u.a. in soziale Ungleichheitsverhältnisse eingebettet sind, zeigt, wie trügerisch eine stärkere Einforderung von Selbstverantwortung ist, vor allem dann, wenn eine entsprechende Versorgung auf der Basis solidarischer Absicherungs- und Transferleistungen nicht gewährleistet ist (vgl. Dollinger 2006b).

Dieser Verantwortungstransfer wirkt sich auch dahingehend aus, als gefragt werden muss, wie mit Individuen verfahren werden soll, die in ihrem persönlichen Alltag kein Gesundheitsrisiko-Management betreiben (durch Inaktivität oder ausgesprochenes Risikoverhalten), insbesondere, wenn sie einer (ausgewiesenen) Risikogruppe angehören (vgl. ebd.). Wiegen Autonomiebestrebungen von Individuen stärker als die Interessen einer Gesamtbevölkerung? Im Gesundheitsförderungs- und Präventionsgedanken ist ein grundsätzlicher Interessenskonflikt zwischen dem Verhältnis von Gesellschaft und ihrem Kollektivinteresse an bevölkerungsweiten Veränderungen und dem Individuum und der individuellen Entscheidungsfreiheit angelegt (vgl. Hurrelmann 2006). Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die normative Aufladung

von Prävention (vgl. u.a. Bröckling 2005, Kappeler 2005, Dollinger 2006a) und Gesundheitsförderung (vgl. Dollinger 2006b), aber auch des Konzepts Gesundheit selbst (vgl. oben).

Diese kritischen Anmerkungen betonen die Relevanz von Massnahmen, die statt Verhaltensänderungen bei Individuen herbeiführen zu wollen, eine positive Veränderung der Lebensbedingungen in den Blick nehmen, also auf der Verhältnisebene operieren. Das soll jedoch nicht heissen, dass auf das Verhalten abzielende Ansätze keine valablen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention wären. Vielmehr ergänzen sich die Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisebene, denn, wie oben festgehalten wurde: Gesundheit wird im Lebensverlauf eines Menschen und zwischen Menschen sowie im sozialen Kontext hergestellt. Aufgabe von Sozialer Arbeit ist es darauf zu drängen, dass gesundheitsbezogene Selbstverantwortung in Abhängigkeit von Ressourcen und Partizipationschancen gesehen wird. Nur so kann gewährleistet werden, dass die soziale Wirklichkeit nicht hinter ideologisierten Beschwörungen der „ungeahnten Chancen, die jede und jeder in unserer Gesellschaft hätten, etwas aus ihrem Leben zu machen und gestärkt und optimistisch aus Krisen und Belastungen hervorzugehen“ (Keupp 2000, 23), verschwindet. Zudem ist die in der Sozialen Arbeit selbstverständlich gewordene kritische Überprüfung von Normalitätsstandards und ihrer eigenen Normalisierungsfunktion in der Gesellschaft auch für die Gesundheitswissenschaften von zentraler Relevanz (vgl. Franzkowiak & Wenzel 2001). Gerade weil Soziale Arbeit mit ihren gemeindeorientierten und sozialökologischen Konzepten als eine Art *Leihmutter* (vgl. ebd) einen grossen Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitsförderung nahm, können ihre Konzepte, Methodologien und Reflexionsstandards für eine zukünftige Gesundheitswissenschaft in Theorie und Praxis sehr wertvoll sein.

Ahrens & Marzinzik (2007: 151) formulieren aufgrund der gemeinsamen Schnittstellen und Zieldefinitionen exemplarisch fünf Handlungsfelder einer - wie sie es nennen - multidisziplinären Sozialen Gesundheitsarbeit:

- (1) Stärkung persönlicher Kompetenzen (z.B. Case-Management, integrierte Versorgungsmodelle, Patientenberatung)
- (2) Stärkung der Gemeinschaftsaktivitäten als Aufgabenfeld der schulischen Sozialarbeit (z.B. Schule als gesunder Lebensort für Lehrende, Eltern und Schulkinder, Integration des Lebensorts Schule in das kommunale Gemeinwesen)
- (3) Gemeinwesenarbeit als klassisches Feld zur Förderung von Gesundheit in der Gemeinde (z.B. Integration verschiedener Leistungsanbieter vor Ort unter Einbezug verschiedenster Alters- und Zielgruppen)
- (4) Stärkere Ausrichtung von Gesundheitsdiensten auf die Gesundheit (z.B. Spital als gesunder Arbeitsort)
- (5) Anwaltschaftliches Eintreten für eine die Gesundheit fördernde Gesamtpolitik

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass sich für die Soziale Arbeit Ansatzpunkte sowohl im Bereich des Gesundheitsverhaltens und -handelns als auch im Bereich der Verhältnisorientierung ergeben (vgl. Homfeldt & Steigleder 2007). Ersteres richtet sich - wie oben gezeigt werden konnte - in erster Linie auf die persönlichen veränderbaren Gesundheitsdeterminanten wie personale Ressourcen (Zuversicht, Selbstwertgefühl, Selbstaufmerksamkeit, Selbstvertrauen, Kontrollüberzeugung usw.). Letzteres richtet sich hingegen auf die sozialen, ökonomischen und ökologischen Ressourcen von Menschen. Auf beiden Ebenen ist der Handlungsraum von Sozialer Arbeit verortet.

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention mit/bei Kindern und Jugendlichen

Die Basis für einen gesunden Lebensstil und die Entwicklung von zentralen Schutzfaktoren beginnt bereits bei der Entwicklung des Fötus (vgl. Kapitel 3). Frühe soziale und umweltbedingte Faktoren haben einen starken Einfluss auf die physische, psychische und intellektuelle Entwicklung von Kindern. Zu den zentralen Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen zählen heute chronische Erkrankungen, Übergewicht, Unfallhäufigkeit und Gewalt (vgl. Meyer 2009). Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern ist deshalb von grosser Bedeutung, da sich die im Kindes- und Jugendalter erworbenen Defizite und Benachteiligungen langfristig auswirken (vgl. Jungebauer-Gans & Kiwry 2004).

In den letzten Jahren hat es sich gezeigt, dass die gezielte Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen vor allem bei Kindern und Jugendlichen eine unerlässliche Grundlage für eine wirksame Gesundheitsförderung und Prävention auf der Verhaltensebene bildet. Auch die WHO propagiert die gezielte Förderung und Stärkung psychosozialer Kompetenzen als gesundheitsfördernde Massnahme, denn „these skills have an effect on the ability of young people to protect themselves from health threats, build competencies to adopt positive behaviours, and foster healthy relationships.“ (WHO 2002a: 4) Stärkung der psychosozialen Kompetenzen bedeutet in dieser Perspektive Befähigung im Umgang mit (inneren und äusseren) Anforderungen sowie (persönlichen und sozialen) Konflikten und daraus resultierendem Stress in einem förderlichen Sinne umgehen zu können, was sich wiederum positiv auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirkt.

"Life skills are abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life (WHO definition). In particular, life skills are a group of psychosocial competencies and interpersonal skills that help people make informed decisions, solve problems, think critically and creatively, communicate effectively, build healthy relationships, empathise with others, and cope with and manage their lives in a healthy and productive manner. Life skills may be directed toward personal actions or actions toward others, as well as toward actions to change the surrounding environment to make it conducive to health." (WHO 2003: 3)

Der Ausbildung, Förderung und Stärkung von allgemeinen Lebenskompetenzen kommt im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention, gerade im Umgang mit belastenden Situationen im Alltag, eine besondere Bedeutung zu. Denn ob kritische Lebensereignisse, akute oder chronische Belastungen zu gesundheitlichen Einschränkungen führen, hängt wesentlich vom Erleben und von der Verarbeitung solcher Belastungen ab (vgl. Keupp 2000). Psychische Prozesse gründen auf einem ständigen Interaktionsprozess des Individuums mit seiner Umwelt (vgl. Falk 2002). Kinder sollen für diesen Interaktionsprozess gerüstet sein und die Möglichkeit haben, ein gutes Selbstvertrauen, ein positives Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitsgefühl zu entwickeln. Die gezielte Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerungsmöglichkeiten, soziale Kompetenz und Problemlösefähigkeiten verbessert generell das Bewältigungsverhalten von Übergängen, Krisen und Problemen und wirkt der Entstehung von Verhaltensproblemen entgegen (Fröhlich-Gildhoff et al. 2007). Wenn Kinder mit Herausforderungen konfrontiert werden, welche sie bewältigen können, lernen sie, dass ihr Handeln erfolgreich ist (Kontrollüberzeugung). Mit diesen Erfahrungen können sie sich auch für die Gestaltung ihres Umfeldes einsetzen und konstruktiv mithelfen Probleme zu lösen (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 2004).

In der Gesundheitsförderung und Prävention von und mit Kindern und Jugendlichen spielen die beiden Lebenswelten Schule und Elternhaus eine zentrale Rolle, denn Erziehende und Lehrpersonen sowie pädagogisch ausgebildete Fachkräfte haben das Ziel, Lebenskompetenzen zu fördern und auszubilden, die ihrerseits zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten beitragen (vgl. Jungebauer-Gans & Kiwry 2004).

"Überforderungen im *Kindesalter* als mögliche Stressoren steigen insbesondere wegen der Zunahme unsicherer Eltern-Paarbeziehungen, wirtschaftlicher Schwierigkeiten in der Familie und in-konsequenter Erziehungspraktiken im familialen, aber auch schulischen Bereich an." (Erhart et al. 2008: 4289; Hervorhebung im Original)

Gerade im Kindesalter stehen die Familie und die Schule als Sozialisationsinstanzen zentral für die Entwicklung. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass positive Effekte von gesundheitsförderlichen und präventiven Unterstützungsmassnahmen auf das jeweilige Setting beschränkt bleiben, in dem die Interventionen stattfinden, da in den verschiedenen Settings (Familie, Kindergarten, Schule) andere Sozialisationsinflüsse bedeutsamer werden, was für kontextspezifische Sozialisations-effekte sprechen würde (vgl. Beelmann et al. 2007). Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (2002) propagiert denn auch die systematische Förderung personaler Ressourcen durch lebenskompetenzorientierte Gesundheitsförderungsprogramme in Schulen und in der Freizeit, aber auch eine verstärkte Unterstützung von Familien. Als erwiesen gilt, dass positive und unterstützende Kontakte zu Familie und Freunden sowie die Integration in Nachbarschaft und Institutionen (Schule und Vereine) für Kinder und Jugendliche als protektiver Faktor für die Gesundheit wirkt und resistenter gegen u.a. die Folgen von Deprivationerscheinungen macht (vgl. Klocke 2004).

Die Familie spielt - ebenso wie die Schule - in der Entwicklung von wichtigen Lebenskompetenzen und Zukunftschancen von Kindern eine zentrale Rolle.

4.2.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext Familie

Der Familie als sozialökonomisches Zentrum des gesellschaftlichen Aufwachsens kann - wie in Kapitel 3 ausführlich dargestellt - eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Die Familie als ‚janusköpfige Institution‘ (Schier & Lange 2007) kann einerseits für die Verursachung von gesundheitlichen Problemen mitverantwortlich sein, andererseits bildet die Unterstützung durch Familienmitglieder eine enorme Ressource für den Einzelnen. Damit kann Familie als primäres Netzwerk verstanden werden, als ein Geflecht von sozialen Beziehungen, strukturierenden Prozessen des Informationsaustausches und wechselseitigen Hilfeleistungen und Mobilisierung von Ressourcen sowie als potentieller Generator von Diskriminierung, Ausschluss und sozialer Kontrolle (vgl. Filsinger & Homfeldt 2001).

Die WHO sieht gerade in früh ansetzenden Interventionsprogrammen, die Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit im Familienkontext adressieren, wichtige Instrumente zur Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Hosman et al. 2005). Familienzentrierte Interventionsprogramme unterscheiden sich danach, ob sie eher auf der Kindebene intervenieren, um Kindern bestimmte Wissensinhalte oder Fertigkeiten zu vermitteln oder eher elternzentriert ansetzen, um Eltern Hilfestellung bei Erziehungsfragen zu geben, beim Aufbau einer positiven Beziehung mit dem Kind zu helfen, erziehungsbedingten Stress in der Familie zu reduzieren und Entwicklungsräume zu schaffen (vgl. Heinrichs 2006b).

Der elternzentrierte Ansatz - in Form von Förderung von Erziehungskompetenzen bei Eltern sowie zur Optimierung des Familienklimas - gewinnt für die Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung (vgl. Kraus et al. 2003; Fuhrer 2005; Tinguely Hardegger 2005) und hiermit auch die Paarbeziehung, das Vorbereiten aufs Eltern-Werden und -Sein sowie die Bildung von Erziehungspartnerschaften. Gesundheitsförderung und Prävention zielen neben der Förderung von Basiskompetenzen für das Leben in der Familie (Selbstwirksamkeit, Strategien der Konfliktlösung) während natürlicher Entwicklungsphasen und Übergängen (Bsp. Geburt, Einschulung) auch auf die Unterstützung von Familien bei der Bewältigung spezifischer Probleme in kritischen Übergängen in Form von der Begleitung und Vermittlung von Lernprozessen (vgl. Mengel 2007).

In empirischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass „Massnahmen, welche die Eltern-Kind-Beziehung günstig beeinflussen, nicht nur mit Blick auf die seelische Gesundheit einen protektiven Effekt“ (Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005: 132) haben. Elternzentrierte Ansätze führen zu einer Reduktion von Risikofaktoren und Faktoren, welche einen kritischen Interaktionsprozess aufrechterhalten (vgl. Miller 2002). Durch Elternkurse kann im Sinne einer primärpräventiven Intervention die positive Entwicklung des Kindes wirksam gefördert werden. Es gilt, die den Familien immanenten Potentiale zu aktivieren zur Förderung und Stärkung der Gesundheit aller Familienmitglieder. Familienbildung soll Familien dabei - unabhängig von bereits aufgetretenen Schwierigkeiten - angeboten werden. "Sie berührt damit die Schnittstelle zwischen Bildung und Jugendhilfe, zwischen Prävention und Intervention und versteht sich als Integratives Konzept" (Mengel 2007: 28) und übernimmt damit gleichzeitig erwachsenenpädagogische Aufgaben und sozialpädagogische Funktionen (vgl. ebd.).

Inhaltlich kombinieren verschiedene elternzentrierte Interventionsansätze für (externalisierende) Verhaltensauffälligkeiten fünf Bereiche (vgl. Miller et al. 2002: 446f.):

- (1) Förderung der positiven Eltern-Kind-Beziehung
- (2) Förderung der kindlichen Entwicklung und prosozialer Verhaltensweisen
- (3) effektiver Umgang mit kindlichem Problemverhalten
- (4) Stärkung der Eltern als Erziehungsteam und als Individuen mit eigenen Bedürfnissen
- (5) Zusammenarbeit mit an der Erziehung beteiligten Personen oder Institutionen.

Damit gesundheitsförderliche und präventive Massnahmen das Ziel erreichen, (externalisierenden) Störungen und den damit einhergehenden Folgeproblemen für Individuum und Gesellschaft vorbeugen zu können, sollten sie formale und inhaltliche Kriterien erfüllen (vgl. Tabelle 2; Miller et al. 2002: 445f., ergänzt mit inhaltlichen Qualitätskriterien (5-8) aus Tschöpfe-Scheffler 2003: 117).

Tabelle 2: Formale und inhaltliche Kriterien für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme

Formale Kriterien

- (1) Wissenschaftlich begründete Wirksamkeit der eingesetzten Programme
- (2) Erreichen vieler Eltern, u.a. durch einen niederschweligen Zugang
- (3) Günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis
- (4) Kulturelle Angemessenheit

Inhaltliche Kriterien

- (1) Hilfe zur Selbsthilfe und Förderung von Problemlösefähigkeiten
- (2) Nutzen elterlicher Ressourcen und Stärken der elterlichen Verantwortung
- (3) Beachten der für die Entwicklung von Verhaltensstörungen bekannten Risikofaktoren
- (4) Beachten des kindlichen Entwicklungsprozesses und der Eltern-Kind-Bindung
- (5) Ansetzen bei der Lebens- und Erfahrungswelt der Eltern bzw. Familien
- (6) Anregung zur Selbstreflexion und Selbsterkenntnis zur Überprüfung, Erweiterung und Veränderung von Alltagskonzepten
- (7) Vermittlung von entwicklungsförderlichen Kommunikationstechniken
- (8) Subjektstellung und Würde des Kindes als Ausgangspunkt für die Überlegungen von Interventionen, Grenzsetzungen und erzieherischer Konsequenzen

Ehe- und Familienbildung wurde lange Zeit durch Familienbildungsstätten im Rahmen von Vorträgen, Seminaren oder Gesprächskreisen angeboten. Heute kann ein stetig anwachsender Angebotsboom hinsichtlich familiärer Beratung, Hilfe und Bildung beobachtet werden (vgl. Reischach & Straub 2007). Angeboten werden Programme mit einer Geh-Struktur im Rahmen von Familienbildungsabenden (u.a. Triple P, STEP, Starke Eltern-Starke Kinder, PEKiP, Gordon-Training), aber verstärkt auch aufsuchende Programme, welche Eltern und Familien in ihrem gewohnten Setting aktiv unterstützen (u.a. Opstapje, HIPPY, MarteMeo, Video Home Training). In der Regel sind diese Programme auf ihre Wirksamkeit bzw. Akzeptanz hin überprüft worden.

Immer populärer werden auch Angebote über das Internet (z.B. Online-Elterntraining, Eltern-Stärken-Test) oder für ausgewählte Zielgruppen (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund wie FemmesTische, Miges Balu). Diese Angebote unterscheiden sich von den Intensivhilfen für Familien (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Familientherapie). Ihnen gemein ist, dass sie in erster Linie Ressourcen von Familien unterstützen, negative Handlungskreisläufe durchbrechen und eine positive Interaktion und Kommunikation fördern wollen, also auf der Verhaltensebene und im Familiensystem intervenieren. Neben den intendierten Verhaltensänderungen muss auch die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Familien gewährleistet werden sowie ein nachhaltiges Zusammenwirken der Akteure im Feld. Damit ist - neben einer positiven Entwicklung des Familiengesamtsystems - eine sachangemessene Förderung der Rahmenbedingungen familialen Zusammenlebens auf der Ebene Gemeinde, Kanton und Staat gemeint.¹

¹ z.B. kantonale organisierte Bündnisse für Familien / familienfreundliche Gemeinden, Mutterschaftsurlaub, Elternurlaub, finanzielle Unterstützung in Form von Familienzulagen oder Erziehungsgelder, vorschulische und schulische Integrationsmassnahmen, Elternbegleitung und Elternbildung, steuerliche Abzüge, Stipendien, präventive Entwicklungen in Einkommens- und Beschäftigungspolitik, gezielter Ausbau inner- und überbetrieblicher Gesundheitsförderung usw.

Bestrebungen der familienunterstützenden Massnahmen sollen Familien mehr Kontrolle über die alltäglichen Leben vermitteln, denn von diesen hängt die Herstellung und Aufrechterhaltung des familialen Kommunikationsgeschehens und der Gesundheit der Familienmitglieder ab (vgl. Schnabel 2001). Die Kontrollfähigkeit stellt sich dann ein, wenn die Familie an die Beeinflussbarkeit der unmittelbaren Lebensumwelt und in die eigenen bzw. familialen Kompetenzen glaubt, Zugangsmöglichkeiten zu zentralen Ressourcen des Lebens hat, über Wahlmöglichkeiten zwischen Formen von Unterstützung verfügt (sozial, psychologisch, informell, instrumentell usw.) und wenn sie die Bereitschaft und Fähigkeit aufbringt, sich eigenverantwortlich und partizipativ in der Gesellschaft zu positionieren (vgl. ebd.). Insbesondere sollten diese Förderungen denjenigen Familien zuteil werden, welche sich einem erhöhten Gesundheitsrisiko (z.B. grosse Anzahl Kinder, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, alleinerziehender Elternteil, negativer Erziehungsstil, Partnerschaftsprobleme, unsicherer/ungeklärter Familienstatus (vgl. Schnabel 2001)) ausgesetzt sehen.

Leider zeigt es sich, dass Massnahmen, welche für eine Förderung von benachteiligten Zielgruppen eingesetzt werden und zu einer gesundheitlichen Chancengleichheit führen sollen, ihre Zielgruppe oft verfehlen. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang, die oft sowohl konzeptionell als auch pragmatisch unreflektierte Mittelschichtorientierung von Ansätzen der Prävention mit ihrer meist kommunikativen Verengung auf Printmedien (vgl. Fanzkowiak & Wenzel 2001) und der schlechten Erreichbarkeit von benachteiligten Bevölkerungsgruppen durch traditionelle Anbieter von Gesundheitsförderung und Prävention mit der ihr eigenen *Komm-Struktur* als wichtige Zugangsbarriere (vgl. Ortmann & Waller 2005). Die Benennung dieses Phänomens als *Preaching to the converted* illustriert dabei in erster Linie, dass die grösste Akzeptanz in den Bevölkerungsgruppen mit dem geringsten Risiko zu finden ist (vgl. Schneider & Pokora 2008), denn dieselben Interventionen stossen bei Zielgruppen mit einem erhöhten Risiko eher auf Ablehnung und fehlende Motivation (vgl. Bauer 2005), da sie weniger mit den eigenen Lebensstilen übereinkommen.

"Besonders sozial benachteiligte Gruppen, die gesundheitlich meist stark belastet sind, entziehen sich häufig Präventionsstrategien oder werden durch sie nicht erreicht, zum Beispiel, weil sie die damit verbundenen Veränderungen ihrer Verhaltensweisen für einen Eingriff in ihre persönliche Autonomie halten. Entsprechend ist die Ausrichtung der präventiven Programme an den spezifischen Bedürfnissen und Lebensumständen der Zielgruppen von entscheidender Bedeutung." (Hurrelmann & Laaser 2006: 759)

Für Interventionsprogramme, die sich in erster Linie auf die Förderung von Erziehungskompetenzen der Eltern richten, bedeutet dies, dass vor allem unterprivilegierte Elterngruppen, die aufgrund ihrer psychosozialen und ökonomischen Zusatzbelastungen häufig mehr Erziehungsprobleme haben, von Angeboten im Allgemeinen und von Elternbildungsprogrammen im Besonderen am wenigsten Gebrauch machen oder frühzeitig aus dem Training ausscheiden (vgl. Bauer & Bittlingmayer 2005, Heinrichs et al. 2006a). Denn nicht nur die Risiken für kindliches Problemverhalten sind erhöht, sondern auch die Barrieren für den Zugang zu effektiver psychosozialer Unterstützung sind für diese Familien sehr hoch (vgl. Heinrichs et al. 2006a): fehlende Kenntnis von familienbildenden Angeboten, geringe Übereinstimmung mit eigenen Interessen, eingeschränkter Zugang zur Infrastruktur und niedrige Nutzenerwartung sowie geringere finanzielle und innere Ressourcen (Eigenaktivität, Zutrauen in eigene Lernfähigkeit; vgl. Mengel 2007). In diesem Sinn befindet sich die Gesundheitsförderung und mit ihr die Familienbildung in einem eigentlichen Präventionsdilemma.

Im Hinblick auf die Zielgruppenerreichung bietet das Setting Schule die besseren Chancen, wobei sich auch hier die Frage der Akzeptanz von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen bei Kindern aus unterschiedlichen Statusgruppen stellt.

4.2.2 Gesundheitsförderung im schulischen Kontext

Schulische Sozialisation ist eine gesellschaftliche Veranstaltung mit festgelegten Regeln, Zielen und daraus abgeleitet Funktionen, die sich auf die Enkulturation, Qualifikation, Integration und Allokation richten (vgl. Häne et al. 2008). Schule ist neben der formalen und informellen Wissens- und Kompetenzvermittlung auch ein sozialer Lebensraum mit gemeinsamer Kommunikation und Interaktion zwischen den in der Schule aufeinander treffenden Personengruppen. Die Schule ist eine wichtige Einflussgrösse der Gesundheit von Kindern. Sie kann eine Quelle für Alltagssorgen, Leistungsstress, Langeweile und Mobbing sein. Diese Faktoren können zu Unzufriedenheit mit der eigenen Situation in der Schule und mit den Mitschülerinnen und Mitschülern führen, was wiederum Suchtmittelkonsum, Schwänzen, Körperbeschwerden und psychischen Beeinträchtigungen Vorschub leisten kann (vgl. Müller et al. 2001). Demgegenüber erhöht das Gefühl von Kindern, dass sie gerne zur Schule gehen ihre Chance, ein gutes Selbstbewusstsein und ein besseres subjektives Wohlbefinden auszubilden (vgl. Samdal & Dür 2004). In der Schule werden neben dem offiziellen Lehrstoff auch zentrale Entwicklungsaufgaben von Kindern gefördert und unterstützt, wie Tabelle 3 zeigt.

Tabelle 3: Beteiligung verschiedener Sozialisationsinstanzen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in der Kindheit und Adoleszenz (Havinghurst 1974: 38 aus Häne et al. 2008: 143)

Entwicklungsaufgaben	Individuell	Familie	Schule	Peers	Medien
Zurechtkommen mit Gleichaltrigen			x	x	
Auseinandersetzung mit Geschlechtsrollen	x	x	x	x	x
Entwicklung intellektueller Fähigkeiten			x		
Berufsvorbereitung und -wahl	x	x	x		
Ausbildung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen		x	x	x	x
Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen erlangen	x		x	x	
Ausbildung moralischer Urteilskraft	x	x	x	x	
Ausbildung eines Wertsystems	x	x	x	x	x

Neben der Vergabe von Zertifikaten fungiert die Schule also auch als Promotorin von zentralen Entwicklungsangelegenheiten in Kindheit und Jugend. In dieser Eigenschaft ist es für die Schule wichtig, auch die schulische Gesundheitsförderung in den Schulalltag und die Organisationskultur zu integrieren, auch wenn diese Bestrebungen auf den ersten Blick auf Kosten der Primäraufgabe von Schule, der Vermittlung des vorgegebenen Lehrstoffes, geschehen. Die bisherigen Erfahrungen, welche mit schulbasierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen gemacht wurden, zeigen, dass "die vermeintlich zusätzliche

Arbeit auch die Grundlage für ein zufriedenstellendes, effizientes gemeinsames Lehren und Lernen darstellen kann" (Settertobulte et al. 1997: 100).

Die Schule gehört zu den klassischen Settings² der Gesundheitsförderung und Prävention und hat sich in den letzten Jahren zunehmend zu einem zentralen Handlungsfeld gesundheitsförderlicher und präventiver Interventionen entwickelt (vgl. Bals et al. 2008). Unabhängig vom Schulsystem hat die Schule einen grossen Einfluss auf das Leben von jungen Menschen, nicht zuletzt auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Die Schule hat - neben Peer-Groups und Jugendkultur - eine überragende, homogenisierende Wirkung auf Schülerinnen und Schüler (vgl. Paulus & Zurhorst 2001). Als Ort der präventiven und gesundheitsfördernden Arbeit hat die Institution Schule den Vorteil, alle Kinder in einer wichtigen Phase ihrer Entwicklung erreichen zu können. Alle Schulkinder können in der Schule von einer globalen, gesundheitsförderlichen Intervention profitieren, was das Problem der Stigmatisierung einer selektiven Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahme entschärft, denn Erziehungs- und Bildungseinrichtungen als zentraler Bestandteil der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen erreichen auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche (vgl. Paulus & Zurhorst 2001). Des Weiteren birgt die Gesundheitsförderung und Prävention in der Schulklasse den Vorteil, dass jene Kinder mit einem höheren Grad an psychosozialen Kompetenzen für ihre Klassenkameradinnen und -kameraden Modell- und Verstärkungsfunktionen übernehmen können (vgl. Roos & Petermann 2005). Dabei gilt, dass die Kinder im Hinblick auf zukünftige Herausforderungen gestärkt werden. Kinder und Jugendliche sind dann gestärkt und auf Herausforderungen vorbereitet, wenn sie auf die Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld zählen können, einen positiven Selbstwert und eine gute Selbstwirksamkeitsüberzeugung haben sowie über förderliches Bewältigungsverhalten verfügen.

Schon in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden in den USA v.a. schulbezogene Suchtpräventionsprogramme eingesetzt und evaluiert (vgl. Hanewinkel & Wiborg 2003). Doch auch in Europa hat der Trend, schulbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme umzusetzen, in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Die Hauptkomponenten solcher Programme setzen sich u.a. zusammen aus der Wissensvermittlung, der affektiven Erziehung (Selbstwertgefühl, Selbstwahrnehmung, Einstellungen, Werte und Überzeugungen), der Vermittlung und der Stärkung von Standfestigkeit, allgemeinen Lebenskompetenzen (Kommunikation, Problemlösen, Bewältigungsfertigkeiten, positives Sozialverhalten usw.; vgl. ebd.). Dass schulbasierte Interventionen das Verhalten und die Gesundheit von Kindern positiv beeinflussen können, haben diverse Metaanalysen gezeigt. Die Metastudien unterscheiden sich jedoch zum Teil stark bezüglich der berichteten Effektstärken der Kompetenzförderprogramme (ES zwischen 0.10 und 0.65; vgl. Beelmann & Lösel 2007³). Effekte verbessern sich mit zunehmender Länge der Programme und auch der Einbezug von familien- und gemeindebezogenen Komponenten in die Programme hat einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit von solchen Interventionen (Hanewinkel & Wiborg 2003). Beelmann & Lösel (2007) konnten in ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit von Kompetenzförderungsprogrammen zeigen, dass die Höhe der Effektstärken, neben der Programmintensität, auch mit dem Alter der an der Intervention teilnehmenden Kinder zusammenhängt: Je jünger diese sind, desto bessere Resultate konnten nachgewiesen werden.

² Der Setting-Ansatz hat eine grosse Wirkung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention entfaltet. Ebenso wie das Konzept der Gesundheitsförderung wurde auch der Setting-Ansatz in der Ottawa-Charta von 1986 explizit formuliert und führte in der Praxis zu zahlreichen Modellprojekten (z.B. Healthy Cities Projekt; vgl. Hanses 2008: 12).

³ Berücksichtigt wurden 84 zwischen 1971 und 2000 publizierte Studien, vorwiegend aus den USA, welche auf einem Kontrollgruppendesign beruhten.

Es ist daher wichtig, institutionelle Settings im Erziehungs- und Bildungsbereich wie Kindergärten und Schulen für präventive Interventionen zu nutzen vor allem auch dann, wenn es darum geht, zentrale Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Nicht zuletzt formuliert die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, basierend auf dem Grundlagenpapier *Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert* des WHO-Regionalbüros, die Gesundheitsziele für die Schweiz, worunter eines die Forderung festhält, dass bis 2010 in allen Schweizer Schulen gesundheitsfördernde Programme eingeführt ein sollen (vgl. SGPG 2002). Dabei reicht es nicht aus, die Settings nur als Ausgangspunkt von Interventionsprogrammen zu nutzen, vielmehr sollen Interventionen grundsätzliche Veränderungen in der Prozessgestaltung und der Organisationsform der Settings selber initiiert werden (vgl. Hurrelmann & Laaser 2006).⁴ Weiter gefordert wird eine Öffnung der Schule nach aussen durch einen verstärkten Einbezug von Fachkräften (z.B. Gesundheitsexpertinnen und -experten; vgl. Settertobulte et al. 1997) und insbesondere von Eltern sowie der familialen Erfahrungswelt der Kinder (vgl. BZgA 2000).

4.3 Zusammenfassung

Präventive und gesundheitsfördernde Interventionen stehen mit ihrer möglichst grossen Breitbandwirkung im Zeichen der positiven Beeinflussung von Bedingungen und Risikofaktoren für zukünftige Krankheitslasten. Prävention hat einen stärkeren Krankheitsbezug als Gesundheitsförderung, die sich am salutogenetischen Ansatz Antonovskys orientiert. Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention operieren auf den beiden Ebenen des Verhaltens und der Verhältnisse, kurz auch Verhaltens- und Verhältnisprävention genannt. Dabei nimmt die Verhaltensprävention direkt Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten, die Gesundheitseinstellungen und den Gesundheitszustand, während Strategien der Verhältnisprävention die Lebensbedingungen und die Umwelt von Menschen zu verbessern sucht.

Mit der in der Verhaltensprävention angelegten stärkeren Einforderung von Selbstverantwortung darf nicht unterschlagen werden, dass Gesundheits- und Krankheitsgeschehen soziale Grössen sind und dass Menschen auf entsprechende Versorgung - mittels solidarischer Absicherungs- und Transferleistungen - angewiesen sind. Der drohende Verantwortungstransfer hin zum Individuum wirft auch die Frage nach dem Verhältnis zwischen der individuellen Autonomie und Entscheidungsfreiheit und den Kollektivinteressen einer Gesellschaft auf. Diese in der Verhaltensprävention inhärente Norm- und Gesellschaftsorientierung kann nur mit Hilfe der Ergänzung durch Strategien der Verhältnisprävention entschärft werden, die eine positive Veränderung der Lebensbedingungen in den Blick nimmt. Aufgabe von Sozialer Arbeit ist es darauf zu drängen, dass gesundheitsbezogene Selbstverantwortung in Abhängigkeit zu Ressourcen und Partizipationschancen gesehen werden und dass eine kritische Überprüfung von Normalitätsstandards und ihrer eigenen Normalisierungsfunktion in der Gesellschaft auch für die Gesundheitswissenschaften zu einer Selbstverständlichkeit werden.

⁴ In der Schweiz können Schulen nach einem Zertifizierungsprozess dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen beitreten und das Label erwerben. Dazu ist jedoch nicht nur eine Summe verschiedener voneinander isolierter gesundheitsförderlicher Massnahmen ausreichend. "Eine 'Gesundheitsfördernde Schule' macht Gesundheit zu ihrem Thema, indem sie einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einleitet, ein Setting zu schaffen, das zum einen zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler beiträgt und das zum anderen die auf dem Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert." (Hähne et al. 2008: 149)

Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche sind in erster Linie auf der Verhaltensebene angelegt. Vor allem die Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen hat sich als wirksame Strategie erwiesen in der Befähigung der Kinder, in einem förderlichen und problemlösungsorientierten Umgang mit Anforderungen, Belastungen, Konflikten sowie Stress umgehen zu können. Zentrales und inzwischen auch in der Schweiz für die Gesundheitsförderung und Prävention stark genutztes Setting für eine solche Lebenskompetenzförderung sind die Schulen, insbesondere Primarschulen, da die Förderung der Kompetenzen möglichst früh einsetzen soll. Schule unterstützt neben der Vermittlung des Lehrstoffes die Bewältigung zentraler Entwicklungsaufgaben, die sich für Kinder und Jugendliche ergeben. Die generelle Förderung von Lebenskompetenzen unterstützt sie in diesem Entwicklungsprozess. In der Schule können alle Kinder von einer universellen Förderung profitieren, ohne Stigmatisierungseffekte zu erzeugen.

In den letzten Jahren geriet zusehends auch die Familie ins Blickfeld von Präventionsstrategien, die sich jedoch flächendeckend schwieriger als in der Schule umsetzen lassen, da nicht alle Familien für solche Projekte und Programme gewonnen werden können und sich meist eine Positivselektion teilnehmender Eltern ergibt. Meist sind es elternzentrierte Ansätze, welche als Familienbildung angeboten werden. Diese haben das Ziel, die Erziehungskompetenz der Eltern zu steigern, um ein besseres Familienklima und eine förderlichere Familienumwelt für alle Haushaltsmitglieder zu schaffen und die Kontrollfähigkeit sowie das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Familien lernen so, an die Beeinflussbarkeit der unmittelbaren Lebensumwelt und in die eigenen bzw. familialen Kompetenzen zu glauben.

Die Arbeit mit beiden Settings hat sich für die Gesundheitsförderung und Prävention als sehr wichtig und gewinnbringend erwiesen, gehören doch beide zu den primären Sozialisationsinstanzen von Kindern. Das zeigt sich auch an den vielen Angeboten und Programmen und deren positiven Evaluationsergebnissen. Dass immer noch Handlungsbedarf besteht, konstatiert die Nationale Gesundheitspolitik auch für die Schweiz, wenn sie feststellt, dass noch immer ein mangelndes Bewusstsein für gesundheitsfördernde Bedingungen und psychische Gesundheit für Familien und den Bildungssektor auszumachen ist. Es wird deshalb vorgeschlagen, "die Gesundheitsförderung in den Familien zu verbessern und den Jugendlichen bessere Problembewältigungsstrategien zu vermitteln" (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 2004: 62).

Hier setzt auch das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungs- und Entwicklungsprojekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) an. Ziel des Projekts ESSKI war es, die Gesundheit von Kindern, deren Lehrpersonen und Eltern in den beiden für Primarschulkinder zentralen Lebensräumen *Schulklasse* und *Familie* zu fördern und die Wirksamkeit der zum Einsatz gekommenen Programme sowie deren Kombination zu evaluieren. Im Folgenden werden das Projekt ESSKI sowie die Begleitstudie detailliert dargestellt.

5 Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI)

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) wurde zwischen 2004 und 2006 federführend durch das Kompetenzzentrum RessourcenPlus R+ der Hochschule für Soziale Arbeit und der Pädagogischen Hochschule der Fachhochschule Nordwestschweiz, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Familienforschung und –beratung der Universität Fribourg, der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme sowie der Pädagogischen Hochschule Zürich, durchgeführt.

Das Projekt sollte durch die kombinierte Intervention von verschiedenen Programmen (für Kinder, Eltern und Lehrpersonen) eine möglichst grosse Wirksamkeit für die psychische Gesundheit und soziale Kompetenz der Kinder entfalten. Gemäss den obigen Ausführungen konnte erwartet werden, dass mit der kombinierten Intervention des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) eine grössere Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung personaler und sozialer Ressourcen und Kompetenzen der am Projekt partizipierenden Eltern, Lehrpersonen und vor allem der Kinder erreicht werden kann, als dies mit Einzelinterventionen möglich wäre. Gleichzeitig sollten auch Eltern und Lehrpersonen sowohl als Mediatorinnen/Mediatoren in ihrer Tätigkeit als Erziehende und Wissensvermittler gestärkt als auch in ihrer persönlichen Gesundheit und dem eigenen Wohlbefinden gefördert werden. Neben der Vermittlung von konkreten Handlungshilfen wurde auf die Verbesserung der sozialen Beziehungen hingewirkt, da soziale Beziehungssysteme zwischen Menschen massgeblich zur Erhaltung von Wohlbefinden beitragen und als Schutzfaktoren vor Stress und Krankheit fungieren können (vgl. Röhrle et al. 1998, Badura 1981).

Auch wenn der Ansatz des Projekts in erster Linie auf die Verhaltensebene abzielt, wurden doch Auswirkungen auf der Ebene der psychosozialen Verhältnisse der Kinder erwartet. Die Förderung und Stärkung im Verhalten auf Ebene der Erwachsenen und der Kinder soll einen nachhaltigen Effekt auf die beiden Settings Familie und Schulklassen haben und damit die indizierten Verhaltensänderungen bei Kindern, Eltern und Lehrpersonen noch verstärken. Denn die Förderung von psychischer und emotionaler Gesundheit ist dann am ehesten wirksam, wenn sie in verschiedene Lebensbedingungen integriert ist (vgl. oben). Gerade im Kindes- und Jugendalter spielen die beiden Lebenswelten Schule und Elternhaus eine zentrale Rolle. Zudem ist es ein zentrales Ziel von Erziehenden wie auch Lehrpersonen, Lebenskompetenzen von Kindern zu fördern und auszubilden.

Nachfolgend wird das Entwicklungs- und Forschungsprojekt detailliert beschrieben hinsichtlich der Interventionsprogramme und der wissenschaftlichen Begleitstudie sowie deren Konzeption und Durchführung.

5.1 Interventionsprogramme

Bei der Konzipierung des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder* bestand die Leitidee darin, für die drei Zielgruppen Programme einzusetzen, welche sich auf gemeinsame Bezugsmodelle und -theorien beziehen. Die Förderung und Stärkung der seelischen Entwicklung von Menschen (Persönlichkeitsförderung) fokussiert auf das Analysieren, Modifizieren und Einüben von Verhaltensfertigkeiten und Verhaltensweisen. Dabei werden in der Regel gezielt Lernprozesse auf den vier Dimensionen *Wissen, Emotionen, Einstellungen, Verhalten* angeregt (vgl. Asshauer et al. 1999). Dies trifft auf die drei ausgewählten Programme zu. Ein weiteres Kriterium für die Auswahl der Interventionsprogramme war - neben der nachweislichen Wirksamkeit - auch ihre Praktikabilität.

Aufgrund dieses Anspruchs wurden folgende drei Programme in den zwei Kontexten Schule und Familie für die Intervention ausgewählt:

Schulkontext

- Ebene Schülerinnen und Schüler: *Fit und stark fürs Leben. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht* (Asshauer et al. 1999, Ahrens-Eipper et al. 2002, Burow et al. 1998)
- Ebene Lehrpersonen: Die Weiterbildung *Die eigenen Ressourcen stärken* (Lattman & Rüedi 2003)

Familienkontext

- Für den Bereich Familie bzw. die Ebene Eltern/Erziehungsberechtigte: *Triple P - Positive Parenting Program* (Sanders et al. 1999)

Die Programme werden nachfolgend bezüglich ihrer Konzeption, Umsetzung und Wirksamkeit beschrieben.

5.1.1 Interventionen im Schulkontext

Wie oben gezeigt werden konnte, übt die Schule einen grossen Einfluss auf Kinder und Jugendliche und ihre individuell zu lösenden Entwicklungsaufgaben aus. Schule als sozialer Lebensraum ist auch eine wichtige Einflussgrösse der Gesundheit von Kindern. Insbesondere sind es Lebenskompetenzprogramme, welche in der Schule zum Einsatz kommen und speziell die Kinder fördern sollen. Aber auch Lehrpersonen sind vermehrt Zielpersonen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen. Auch im Projekt ESSKI wurden Lehrerinnen und Lehrer mit einem eigenen Interventionsprogramm zur Zielgruppe.

Die im Kontext Schule zum Einsatz gekommenen Interventionsprogramme des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) wurden schon im Rahmen eines Vorläuferprojekts verwendet: Das zwischen 1999 und 2004 in Kooperation mit der Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) an der Fachhochschule Aargau, Departement Pädagogik, durchgeführte Projekt *Stress- und Selbstmanagement in der Schule* (STREMA) hatte zum Ziel, personale und sozial-kommunikative Ressourcen und Kompetenzen von Schülerinnen, Schülern sowie Lehrpersonen im Setting Schule zu fördern (vgl. Lattmann & Rüedi 2003). Im Rahmen des Projekts STREMA wurde mit den beiden Interventionsprogrammen gearbeitet, die auch für das Projekt ESSKI verwendet wurden:

- Die 30 am Projekt teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrer absolvierten einen Weiterbildungskurs in persönlichem *Stress- und Selbstmanagement* von ca. 80 Stunden.
- Die Lehrerinnen und Lehrer arbeiteten in ihren Schulklassen mit dem Interventionsprogramm *Fit und stark fürs Leben – Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht*, in welches sie im Rahmen ihrer Weiterbildung eingeführt wurden.

Beide Programme wurden auf ihre Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit hin überprüft (vgl. Lattmann et al. 2005; Schmid & Lattmann 2003, Asshauer et al. 2000, Asshauer et al. 1999). Die Programme selbst sowie ihre Umsetzung im Projekt ESSKI sind im Folgenden detailliert dargestellt.

5.1.1.1 Ebene Kinder: *Fit und stark fürs Leben*

Wie oben gezeigt werden konnte, bildet die gezielte Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen wie Problemlösequalitäten, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerungsmöglichkeiten, kritisches Denken, Kommunikationskompetenzen, Empathie, soziale Kompetenzen zum Aufbau gesunder Beziehungen, Bewältigungskompetenzen usw. bei Kindern und Jugendlichen eine unerlässliche Grundlage für eine wirksame Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Stärkung der psychosozialen Kompetenzen soll Kinder und Jugendliche im Umgang mit internen und extern an sie herangetragenen Anforderungen sowie persönlichen und sozialen Konflikten befähigen.

Die Stärkung der Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern schon von der ersten Primarklasse an ist primäres Ziel des Lehrmittels *Fit und stark fürs Leben*. Auf diese Weise sollen die Kinder möglichst frühzeitig in ihrer psychosozialen Kompetenz gestärkt und mit gesunden und positiven Strategien ausgestattet werden, welche sie zur Bewältigung bevorstehender Herausforderungen benötigen.

In Anlehnung an die Empfehlungen der WHO werden im Interventionsprogramm sechs Lebenskompetenzbereiche gewählt, im Rahmen derer allgemeine Bewältigungskompetenzen gelernt und trainiert werden (vgl. Asshauer et al. 1999):

- (1) Selbstwahrnehmung – Einfühlungsvermögen
Kennenlernen eigener Stärken und Schwächen. Steigerung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten. Empathietraining.
- (2) Körperbewusstsein – gesundheitsrelevantes Wissen
Mein Körper und ich verändern sich. In meinem Körper. Die Atmungsorgane und das Rauchen.
- (3) Umgang mit negativen Emotionen – Stressmanagement
Wenn ich Angst habe. So ein Stress! Ich kann mich entspannen. Ich schaff das schon!
- (4) Kommunikation
Zuhören und erzählen. Sprache ohne Worte. Kontakt aufnehmen.
- (5) Standfestigkeit – Kritisches Denken
Igor sagt manchmal „Nein!“! Manchmal möchte auch ich „Nein!“ sagen können. Igor und ich möchten Verständnis für andere aufbringen.
- (6) Problemlösen
Wenn ich nicht weiter weiss. Ich denke nach. Wenn ich in Zukunft nicht mehr weiter weiss.

Dabei sind die Dimensionen in den ersten Schuljahren (1. - 4. Klasse) gesundheitsförderlich und substanzunspezifisch angelegt, soziale Fertigkeiten und Bewältigungsformen werden spielerisch erprobt. Im Mittelpunkt der einzelnen Unterrichtssequenzen stehen handlungs-, verhaltens- und einstellungsorientierte Übungen. Diese sind im Programm für den Unterrichtsgebrauch (20 Unterrichtsabschnitte zu ca. einer Stunde) aufgearbeitet. Die einzelnen Sequenzen sind nach einem ritualisierten Ablaufmuster gestaltet. Zudem ist das Lehrmittel im Sinne eines Spiralcurriculums aufgebaut: Die gleichen Themen wiederholen sich in jeweils stufenspezifischer Ausrichtung von der ersten bis zur sechsten Klasse. Das Lehrmittel wurde für das Projekt ESSKI von einem Mitentwickler des Programms (Burrow) auf 12-14 Lektionen gekürzt.

Dem Programm konnten in diversen Evaluationsstudien mit quasi-experimentellem Untersuchungsplan folgende positiven Effekte zugeschrieben werden (vgl. Hanewinkel & Assauer 2003, Asshauer et al. 2000):

Eine nachweisliche Stärkung der psychosozialen Kompetenzen, Reduzierung von Aggressionen, Angst und Depression sowie eine Abnahme sozialer Probleme. Bei den älteren Kindern (Klassenstufen fünf und sechs) zeigte sich zudem eine Verbesserung auf der Wissenssebene bezüglich Rauchen und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie eine positive Entwicklung bezüglich des Klassenzusammenhalts.

Auch die Ergebnisse der ESSKI-Vorläuferstudie STREMA liefert klare Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms *Fit und stark fürs Leben* im Sinne der Stärkung psychosozialer Kompetenzen. Mit der Vor- und Nachuntersuchung konnten folgende Ergebnisse der Intervention festgestellt werden (vgl. Schmid & Lattmann 2003):

- Die Schülerinnen und Schüler waren deutlich weniger aggressiv, zeigten mehr Aufmerksamkeit im Unterricht, lernten leichter und begingen weniger Delikte nach der Durchführung des Programms. Darüber hinaus zeigten sie weniger sozialen Rückzug, weniger Angst und weniger Zwanghaftigkeit.
- Die jüngeren Schülerinnen und Schüler berichteten über eine grössere Zufriedenheit in ihrer Klasse, und sie verfügten über ein verbessertes Einfühlungsvermögen gegenüber Mitschülerinnen und Mitschülern.
- Bei den älteren Schülerinnen und Schülern der 5. bis 7. Klassenstufe nahm die Intention, in Zukunft zu rauchen, signifikant ab. Der Griff zur Zigarette ist insgesamt selten, zeigt aber keine überzufällige Veränderung.

Die durchschnittliche Effektstärke lag dabei bei $d=0.2$ mit einem Rückgang der Effekte zum Zeitpunkt der Nachbefragung. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Programm und seiner Durchführbarkeit waren die Resultate beeindruckend (vgl. Schmid & Lattmann 2003).

5.1.1.2 Ebene Lehrpersonen: *Die eigenen Ressourcen stärken*

Die Lehrpersonenintervention *Die eigenen Ressourcen stärken* wurde in Anlehnung an das Weiterbildungsprogramm des Projekts STREMA entwickelt und in Folge ausführlich publiziert (vgl. Lattmann & Rüedi 2003). Die in der Weiterbildung vermittelten Inhalte basieren auf verschiedenen, im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Grundlagen: Konzept zu *Stress und Stressbewältigung*, *sozial-kognitive Lerntheorie*, gesundheitswissenschaftlicher *salutogenetischer Ansatz* sowie dem *Setting-Ansatz*. Auch dieses Programm wurde im Rahmen des Vorgängerprojekts STREMA mit einem experimentellen Forschungsansatz mit Prä- und Postmessung evaluiert. Es zeigte sich, dass die Lehrpersonen bedeutsame positive Effekte auf das persönliche Befinden und die subjektive Beschwerdefreiheit berichteten (vgl. Lattmann & Rüedi 2003). Die Autoren haben im Rahmen einer katamnetisch erhobenen Follow-up-Befragung der Lehrpersonen sechs Monate nach Kursabschluss eine hohe Transferleistung insbesondere bezüglich der Entspannungsmethoden und des Selbstmanagements feststellen können.

Ebenso wie *Fit und stark fürs Leben* musste auch das Weiterbildungsprogramm der Lehrpersonen gekürzt werden, da für die Umsetzung der Programme nicht genügend Zeit zur Verfügung stand. Die ursprünglich 80 Stunden umfassende Bildungsveranstaltung wurde vom Entwickler selbst auf zwanzig Kontaktstunden gekürzt. Das gekürzte Weiterbildungsprogramm beinhaltet sieben Einheiten, ergänzt mit Selbststudium in Form von Selbsttraining zwischen den einzelnen Kursblöcken sowie der Lektüre zur Vor- und Nachbereitung der Kursblöcke und zur Vertiefung einzelner Themen.

Die bearbeiteten Themen sind:

- Schule als gesundheitsfördernder Arbeits-, Lern- und Lebensort (Gesundheit und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der gesundheitsfördernden Schule im Besonderen)
- Stresstheorien (Stress- und Bewältigungstheorien, Burnout-Problematik, Salutogenese)
- Ressourcenaktivierung und -stärkung durch Selbsttraining (Selbstmonitoring-Konzept als Strukturierungs-, Motivations- und Dokumentationsmethode)
- Körperlich-psychische Spannungsregulation durch progressive Muskelrelaxation (muskulär, vegetativ, mental) nach Jacobson und durch Autogenes Training nach Schultz
- Rational-emotive Selbststeuerung (der innere Dialog als Ressource in Anlehnung an das Konzept von Albert Ellis zur kognitiv-emotionalen Umstrukturierung)
- Engagement und Distanz im Lehrberuf (Selbstsicherheit und soziale Kompetenz, Freude, Optimismus, Humor, Sinnfähigkeit) sowie
- Einführung in das Programm *Fit und stark fürs Leben* (vgl. 5.1.1.1).

Mit diesem Projektelement wurden zwei Ziele verfolgt: Zunächst ging es um die eigene Kompetenzförderung der Lehrpersonen zum Thema Stress- und Ressourcenmanagement im (Berufs-) Alltag. Gleichzeitig bildet dieser persönliche Erfahrungshintergrund die Grundlage für die Arbeit mit dem Interventionsprogramm *Fit und stark fürs Leben*, welches dem Weiterbildungsprogramm der Lehrpersonen vergleichbare Bausteine auf der Schülerinnen- und Schülerebene enthält (vgl. Schönenberger et al. 2006).

5.1.2 Intervention im Familienkontext: *Triple P - Positive Erziehung*

Elternzentrierte Ansätze können nachweislich eine Reduktion von familialen Risikofaktoren und Faktoren, welche einen kritischen Interaktionsprozess aufrechterhalten, positiv beeinflussen. Wie unter 3.2.2 gezeigt werden konnte, sind Ansätze, welche die Förderung von Erziehungskompetenzen bei Eltern sowie die Optimierung des Familienklimas und der Eltern-Kind-Beziehung fokussieren für die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutend. Durch Elternkurse, welche Erziehungs- und Handlungskompetenzen vermitteln, kann im Sinne einer primärpräventiven Intervention die positive Entwicklung des Kindes wirksam gefördert werden. Dabei werden in den Familien immanente Potentiale aktiviert, was zu einer Förderung und Stärkung der Gesundheit aller Familienmitglieder führt. Dabei ist zentral, dass Familien die Kontrolle über ihren Alltag erhalten, denn von diesen hängt die Herstellung und Aufrechterhaltung des familialen Kommunikationsgeschehens und der Gesundheit der Familienmitglieder ab, wie oben gezeigt werden konnte.

Zur Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen im Rahmen von ESSKI wurde das Programm *Positive Erziehung (Triple P)* ausgewählt. Die Erziehungsberechtigten der am Projekt teilnehmenden Schulkinder wurden bei ihrer freiwilligen und kostenlosen Teilnahme in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt und im Umgang mit Erziehungsfragen gefördert.

Triple P wurde durch Sanders und Mitarbeiter an der Universität von Queensland, Australien, am dortigen *Parenting and Family Support Center* entwickelt. Das Programm basiert auf aktuellen klinisch-psychologischen Erkenntnissen und nimmt Bezug auf verschiedene theoretische Grundlagen: *Modelle sozia-*

ler Lerntheorie zur Eltern-Kind-Interaktion (Patterson 1982), Verhaltensanalytische Modelle wie z.B. Schaffen einer positiven, sicheren Lernumgebung, Operante Lernprinzipien wie z.B. kontingente Belohnung, Erwerb von sozialen Kompetenzen, die sozial-kognitive Lerntheorie als Grundlage für Interventionen, welche Attributionen, Erwartungen und andere Kognitionen von Eltern beeinflussen sowie entwicklungspsychopathologische Forschungsergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren für Verhaltensprobleme wie zum Beispiel dysfunktionales Erziehungsverhalten, Stress, Ehekonflikte und Unterschiede in der Kindererziehung (vgl. Cina et al. 2004; Sanders 1999).

Triple P zielt darauf ab, Eltern günstiges Erziehungsverhalten zu vermitteln und ungünstige Verhaltensweisen zu reduzieren bzw. vorzubeugen sowie eine positive Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen. Zur Stärkung der Kompetenz der Eltern im Erziehungsverhalten und im Umgang mit dem Problemverhalten des Kindes werden die Kompetenz und Bewältigungsstrategien der Eltern im Umgang mit Verhaltensproblemen und Entwicklungsfragen gefördert, ungünstige Erziehungspraktiken durch angemessene und effektive Strategien ersetzt, die Kommunikationsfähigkeiten und der Austausch über Erziehungsfragen verbessert und mit der Kindererziehung verbundene Stressoren reduziert. Dabei bietet das Programm, je nach Bedarf, fünf Interventionsebenen mit steigender Intensität an Unterstützung (vgl. Dirscherl 2007: 8):

- (1) Universelles *Triple P*: Die Eltern erhalten allgemeine Informationen über Elternschaft und Erziehung unter Nutzung verschiedener Medien
- (2) *Triple P*-Elterngespräch ist ein niedrigschwelliges Angebot und bietet konkrete Unterstützung bei spezifischen Fragen zur Erziehung
- (3) *Triple P*-Kurzberatung zur Unterstützung der Bewältigung einzelner Erziehungsschwierigkeiten. Die Beratung sieht ein aktives Training von Erziehungsfertigkeiten vor
- (4) *Triple P*-Elternt raining ist ein intensives Elternt raining im Einzel-, Gruppen- oder Selbsthilfeformat
- (5) Erweitertes *Triple P*, das ein intensives und individuell zugeschnittenes Elternt raining mit psychotherapeutisch ausgebildeten Fachleuten vorsieht.

Diese fünf Ebenen ermöglichen sowohl universelle als auch selektive und indizierte Prävention. Bei der Umsetzung von *Triple P* gilt das Grundprinzip der Suffizienz, d.h. Eltern erhalten genau soviel Unterstützung, wie sie zur Förderung einer gesunden Entwicklung ihrer Kinder benötigen (vgl. Dirscherl 2007).

Für die Umsetzung von *Triple P* im Rahmen von ESSKI wurde eine Kombination der ersten mit der vierten Ebene als Interventionsmassnahme gewählt - eine so genannte Bibliointervention. Die Erziehungsberechtigten erhielten Unterlagen für das selbst gesteuerte Erarbeiten der Programminhalte und wurden dabei telefonisch professionell begleitet. Die Entscheidung für diese Interventionsmassnahme wurde aus zwei Projektzielen abgeleitet (vgl. Schönenberger et al. 2007):

- Aufgrund der Schwierigkeit, Eltern mit Interventionsprojekten zu erreichen, sollte ein möglichst niederschwelliges Programm angeboten werden (begleitetes Selbststudium) und
- es sollte eine möglichst universelle Intervention im Sinne einer generellen Stärkung von Erziehungskompetenzen zur Förderung des Familienklimas und des Wohlbefindens der Eltern und Kinder sein.

Die Erziehungsberechtigten erhielten im Rahmen des Projekts ESSKI das *Triple P*-Video *Überlebenshilfe für Eltern*, eine speziell für das Projekt entwickelte Begleitbroschüre, in welcher alle Weiterbildungsinhalte kurz zusammengefasst wurden sowie *Das Triple P Elternarbeitsbuch* zur Vertiefung der in Video und Be-

gleitbroschüre dargestellten Themen. Die Eltern wurden - neben dem Video und der Lektüre - während sechs bis zehn Wochen mittels Telefonkontakten (20 – 30 Minuten/Woche) durch ausgebildete *Triple P*-Telefontrainerinnen und -trainer gezielt und bedürfnisorientiert unterstützt. Das Programm war in den Sprachen Albanisch, Deutsch, Englisch, Portugiesisch und Türkisch erhältlich. Erwartet wurde, dass mit diesem niederschweligen und anonymen Angebot auch alleinerziehende, bildungsfernere und/oder fremdsprachige Erziehungsberechtigte angesprochen werden können, die durch Präventionsprogramme oft nur schwer erreicht werden (vgl. 3.2.2).

Dass *Triple P* ein evidenzbasiertes Elternbildungsprogramm ist, konnte in den letzten Jahren in diversen Studien nachgewiesen werden (z.B. Sanders et al. 2000a, Sanders et al. 2000b, Sanders et al. 1999, Heinrichs et al. 2006b). Evaluationen des Elternbildungsprogramms *Triple P* werden in der Regel durch die Lizenzinhaber des Programms durchgeführt. Evaluationsstudien konnten für die fünf Ebenen und ihre unterschiedlichen Modalitäten statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Ergebnisse nachweisen (u.a. *Triple P*-Videoreihe: vgl. Sanders et al. 2000b, *Triple P*-Bibliotherapie: vgl. Feldmann 2006, *Triple P*-Gruppentraining als universelle Präventionsmassnahme vgl. Heinrichs et al. 2006b, Heinrichs et al. 2006c, Cina et al. 2004, Eisner et al. 2007). In der Vergangenheit wurde angezweifelt, dass sich kognitiv-behaviorale Elterntrainings für eine universelle Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahme eignen, da sich Programme wie *Triple P*, ursprünglich entwickelt für Familien mit starken kindlichen Verhaltensproblemen, in erster Linie an Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern richten würden (vgl. Tschöpf-Scheffler 2004). Dieser Einwand konnte inzwischen empirisch widerlegt werden (vgl. Heinrichs et al. 2006b, Heinrichs et al. 2006c, Prinz et al. 2009).

Heinrichs et al. (2006b) haben mit der prospektiven, randomisierten Kontrollgruppenstudie *Zukunft Familie I* mit 280 Familien und ihren Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren die Wirksamkeit des *Triple P*-Gruppentrainings zur universellen Prävention von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten überprüft. Mütter berichteten kurz- und mittelfristig von einer Verbesserung bezüglich ihres eigenen Erziehungsverhaltens, von positiven Veränderungen der Verhaltensproblemen und emotionalen Auffälligkeiten ihrer Kinder sowie eine Verringerung der eigenen psychischen Belastung und eine Verbesserung der Partnerschaftszufriedenheit. Des Weiteren konnte eine Reduktion der Inzidenzrate nachgewiesen werden, da in der Kontrollgruppe fünfmal so viele neue internalisierende bzw. knapp zweimal so viele externalisierende Probleme bei Kindern auftraten im Vergleich zur Experimentalgruppe. Väter berichteten ebenso wie die Mütter über eine Verbesserung ihres Erziehungsverhaltens und hatten eine ähnliche Wahrnehmung der Reduktion des kindlichen Problemverhaltens, schätzten aber anders als die Mütter das kindliche Verhalten grundsätzlich als weniger problematisch ein.

Die in der Schweiz durchgeführte z-proso-Studie (Eisner et al. 2007), welche mit Primarschulklassen der Stadt Zürich eine kombinierte Intervention in Schule (PFAD) und Elternhaus (*Triple P*-Gruppentrainings) durchgeführt und evaluiert hat, weist eine hohe Zufriedenheit der Eltern und einen Rückgang des Einsatzes körperlicher Strafen sowie weniger impulsives und mehr erklärendes Erziehungsverhalten der Eltern sowie eine Verbesserung des Familienklimas nach Teilnahme an einem *Triple P*-Elternkurs nach. Die Resultate blieben über die Zeit der Studie stabil, was zeigt, dass ein bedeutsamer Risikofaktor (inadäquate elterliche Erziehung), der für die Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichem Problemverhalten und emotionalen Störungen bedeutsam ist, positiv verändert werden konnte. Auf der Ebene des kindlichen Verhaltens konnte jedoch keine Veränderung festgestellt werden. Auch weniger erfolgreich war die Rekrutierung der Eltern für das z-proso-Projekt: Achtzig Prozent der anvisierten Eltern konnten mit dem *Triple P*-Programm nicht erreicht werden. Die teilnehmenden Eltern wiederum hatten zum Teil im Vorfeld

schon einen Erziehungskurs absolviert und verfügten über einen mittleren bis höheren Bildungsabschluss. Diese Befunde weisen darauf hin, wie schwierig es ist, Effekte in universellen Interventionsprojekten nachweisen zu können, da die Rate auffälliger Kinder - anders als in indizierten oder selektiven Interventionen - nur ca. 20% beträgt. Zudem werden auch im z-proso-Projekt wiederum die auch in anderen Projekten gemachten schwierigen Erfahrungen bei der Rekrutierung von Erziehungsberechtigten (Nicht-Erreichen bzw. Positivselektion) offensichtlich.

5.2 Wissenschaftliche Begleitstudie

In den letzten Jahren haben die Themen Evidenzbasierung, Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung gewonnen, nicht zuletzt aufgrund der wachsenden Bedeutung dieser beiden Handlungsbereiche für das Gesundheitssystem. Die drei Konzepte werden in Wissenschaft und Forschung hinsichtlich der Fragen diskutiert, welche Evaluationskonzepte und Qualitätskriterien angemessen sind und welche Wirkungsnachweise erbracht werden müssen (vgl. Pigeot et al. 2006).

Evidenzbasierung bedeutet, dass Strategieformulierungen, Interventionskonzepte usw. auf der Basis von wissenschaftlicher Evidenz entwickelt werden. Qualitätsmanagement bezieht sich auf die Qualitätssicherung bei der Implementation von Gesundheitsförderungsprogrammen und Evaluation bezieht sich auf die Ergebnisse einer Intervention und auf die Frage, ob die umgesetzte Strategie auch etwas bewirkt hat. Evaluation ist dabei als Prozess zu verstehen, "innerhalb dessen eine zweckgerichtete Auswahl von Bewertungskriterien erfolgt, eine Institution oder Massnahme auf Basis dieser Kriterien systematisch untersucht und bewertet wird und eine Kommunikation über die Bewertung stattfindet mit dem Ziel, Konsequenzen abzuleiten" (Klieme 2005: 41). Als höchster methodischer Standard gilt die randomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie, vor allem für primärpräventive Projekte, da hier die Fragestellung in ihrer Komplexität reduziert werden kann. Schwieriger ist es mit gesundheitsförderlichen Projekten, da hier Ressourcen und nicht Risiken im Vordergrund stehen und mit ihnen die Initiierung von komplexen Prozessen, die unspezifisch wirken (vgl. Kolip 2006). Zukünftige Herausforderungen für die Ressourcenforschung in den Gesundheitswissenschaften ist der erhöhte Legitimationsdruck ihrer Strategien und Ansatzpunkte, da sich ihre Effekte anders als die traditionelle Forschung zu Gesundheitsrisiken, wie zum Beispiel zur Schädlichkeit des Rauchens, für die Gesundheit oft nicht direkt nachweisen lassen. Deshalb ist eine Stärkung der Ressourcenforschung hinsichtlich ihrer Konzeptionen, Zielrichtungen und methodischen sowie praktischen Gesundheitsförderungsmodellen eine zentrale 'Baustelle' der Gesundheitswissenschaften (vgl. Kolip 2003).

Das Projekt ESSKI versteht sich als Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Die Interventionen wurden empirisch begleitet und auf ihre Wirksamkeit evaluiert. Hinsichtlich der erwarteten wissenschaftlichen Erkenntnisse standen die Wirksamkeit der einzelnen Programme und besonders der Kombination der Programme im Vordergrund. Mit der Kombination mehrerer Ebenen beschritt ESSKI einen neuen Weg, dies sowohl auf der Seite der Kombination der Programme als auch auf der Seite der Forschung. Das Forschungsdesign beinhaltet eine Wirkungsmessung im eigentlichen Sinne. Auch wenn sich Kausalität empirisch nie zweifelsfrei feststellen lässt, sind, wie oben beschrieben, experimentelle Untersuchungen inklusive Kontrollgruppe zum Nachweis von Kausaleffekten am besten geeignet.

5.2.1 Forschungsdesign

Das Forschungsprojekt ESSKI basiert auf einem experimentellen Untersuchungsdesign mit vier Untersuchungsgruppen, da in zwei unterschiedlichen Settings mit spezifischen Förderungsprogrammen interveniert wurde. Ziel der wissenschaftlichen Begleitstudie war, den Nachweis zu erbringen, dass die verwendeten Interventionsprogramme wirksam sind und der kombinierte Einsatz einander entsprechender Interventionsprogramme in mehreren Settings zu besseren Resultaten führt als die jeweiligen Einzelinterventionen.

Gesundheitsförderung im Bereich des Sozialverhaltens und Wohlbefindens sowie Prävention von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen wird durch die Stärkung verschiedener Kompetenzen erzielt. Die Lebenskompetenzen und die Selbstwirksamkeit sind diese vermittelnden Variablen. Durch den Einsatz der Interventionsprogramme in den Kontexten Schule und Familie sowie deren Kombination wurde eine Stärkung der vermittelnden Variablen erwartet.

Für diesen Wirksamkeitsnachweis sah das Design neben der Kontrollgruppe drei Interventionsgruppen vor. Die Schulklassen wurden zufällig auf die vier Untersuchungsgruppen verteilt. Dieser experimentell angelegte Untersuchungsplan birgt den grossen Vorteil, dass von einer weitgehenden Vergleichbarkeit der Gruppen ausgegangen werden kann.

- Experimentalgruppe 1 (Familienintervention)
- Experimentalgruppe 2 (Schulintervention)
- Experimentalgruppe 3 (Kombination der Familien- und Schulintervention)
- Kontrollgruppe

Das zentrale Ziel der Untersuchung besteht im Nachweis der Wirksamkeit der Interventionsprogramme bzw. deren Kombination durch drei Messzeitpunkte – vor der Intervention (Pretest), nach der Intervention (Posttest) und 4 Monate nach Abschluss der Intervention (Follow-up). Mit dem Forschungsdesign eines Kontrollgruppenplans mit Prä-, Post- und Follow-up-Messung kann die Effektivität der einzelnen Interventionsprogramme sowie deren Kombination überprüft werden. Dabei war das Projektteam an einen strengen Zeitplan gebunden. Die Interventionen und die Wirkungsevaluation sollten innerhalb eines Schuljahres durchgeführt werden, da ansonsten Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern aufgrund des Übertritts in die Oberstufe nicht mehr in die Studie hätten eingeschlossen werden können. Da das Untersuchungsdesign eine Kontrollgruppe ohne Interventionen für die Zielgruppen vorsah und auch die Zielpersonen der Experimentalgruppen eins und zwei auf jeweils eine Intervention verzichten mussten, sollten nach dem Follow-up alle im Projekt involvierten Personen die Möglichkeit erhalten, die Interventionsprogramme nachträglich zu besuchen. Damit ergab sich folgender Untersuchungsplan (vgl. Tabelle 4):

Tabelle 4: Randomisierter Kontrollgruppenplan mit Prä-, Post- und Follow-up-Messung

		September 2005	September-Dezember 2005	Dezember 2005	April 2006
		Prä-Messung	Intervention	Post-Messung	Follow-up
Kontrollgruppe	R	O		O	O
Schulintention	R	O	X Schule	O	O
Familienintervention	R	O	X Familie	O	O
Kombinierte Intervention	R	O	X Schule und Familie	O	O

R=Randomisierung, O=Messung, X=Intervention

Verhaltensmessungen bei den Kindern wurden mittels Fremdevaluationen (Einschätzung durch Lehrpersonen und Einschätzung durch Eltern) durchgeführt. Zudem wurden Selbstevaluationen auf allen Ebenen – also bei Kindern, Erziehungsberechtigten und Lehrpersonen – zur Ermittlung der Wirksamkeit herangezogen.

5.2.2 Zielvariablen

Mit den ESSKI-Interventionen sollte auf die im Folgenden dargestellten Zielvariablen bei Kindern, Lehrpersonen sowie Eltern positiv eingewirkt werden.

Gemäss dem Interventionsprogramm *Fit und stark fürs Leben* konnte für die Kinder eine Optimierung der Zielvariablen Selbstsicherheit, Entscheidungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Standfestigkeit, Problemlösefähigkeit und Stressbewältigung erwartet werden. Den Kindern wurden Grundlagen für eine gelingende Kommunikation und Interaktion vermittelt. Durch den Kompetenzzugewinn konnten positive Auswirkungen auf das Sozialverhalten der Schülerinnen und Schüler erwartet werden. Zudem wurde nach Beendigung der Intervention eine Verringerung von Aggression und Stress erwartet. Ein weiteres Ziel der Intervention mittels *Fit und stark fürs Leben* war zudem die Verringerung gesundheitsschädigenden Verhaltens (z.B. das Verringern der Absicht zum Rauchen), das Verhindern gesundheitsschädigenden Verhaltens sowie das Hinauszögern des Einstiegs in den Konsum von Suchtmitteln.

Primäres Ziel des Elternprogramms war eine gezielte Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz und eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung. Bei den Eltern des Projekts ESSKI wurde nach Abschluss des *Triple P*-Programms eine positive Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung, der psychischen Gesundheit und Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) sowie der Partnerschafts- und generellen Lebenszufriedenheit erwartet.

Bei den Lehrpersonen standen, unter anderen, die Zielvariablen Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie die Steigerung der Lebens- und Berufszufriedenheit im Zentrum. Zudem wurde erwartet, dass der Besuch des Weiterbildungskurses *Die eigenen Ressourcen* stärken die Lehrerinnen und Lehrer in ihrer Fähigkeit fördert, Anzeichen von Stress frühzeitig wahrzunehmen. Lehrpersonen sollten befähigt werden, mit spezifischen beruflichen Belastungen positiver umzugehen.

Diese Zielvariablen wurden bei Kindern, Eltern und Lehrpersonen in Selbst- (alle drei Zielgruppen) und Fremdeinschätzungen (Kinder) mittels diverser Fragebögen (vgl. Anhang C) erhoben und ausgewertet. Bei

den Fragebögen handelt es sich grösstenteils um international auf ihre Praktikabilität, Reliabilität und Validität erprobte Messinstrumente, die zudem in der Schweiz bereits in mehreren anderen Untersuchungen (u.a. des Instituts für Familienforschung und -beratung der Universität Fribourg, Schmid & Lattmann 2003) mit Erfolg verwendet wurden.

Nachteile einer schriftlichen Befragung, wie sie im Rahmen von ESSKI zum Tragen kam, sind die meist niedrige Rücklaufquote, die Unkontrollierbarkeit der Erhebungssituation sowie die Unkenntnis der Art der Ausfälle (Selektionseffekte). Zudem sind mit dieser Befragungsform keine Erläuterungen von Fragen möglich, ebenso fehlt die Möglichkeit des nondirektiven Nachfragens durch einen Interviewenden (vgl. Friedrichs 1990).

5.2.3 Anwerbung der Zielgruppen

Für das Projekt ESSKI wurden bis Januar 2005 in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Schaffhausen, Thurgau und Zürich 52 Lehrerinnen und Lehrer gesucht, die zusammen mit ihren Schulklassen und den Eltern der Schulkinder am Projekt teilnehmen würden. In der Rekrutierungsphase von August 2004 bis Januar 2005 wurden unterschiedliche Wege beschritten, um Lehrpersonen über das Projekt zu informieren und für ESSKI zu gewinnen (vgl. Schönenberger et al. 2007).

In einem ersten Schritt wurden in den Jahren 2002/2003 Gespräche und Verhandlungen mit möglichen Kooperationskantonen geführt. Ansprechpersonen waren Verantwortliche an den Pädagogischen Hochschulen, den Weiterbildungsinstitutionen und den zuständigen Abteilungen für das Volksschulwesen auf den Erziehungsdirektionen. Das Ergebnis dieser Phase war die Bereitschaft von sechs Kantonen, sich am Projekt ESSKI zu beteiligen: AG, BL, BS, TG, SH, ZH. In jedem Kanton wurde eine verantwortliche und für das Projekt ESSKI zuständige Person bezeichnet.

In einem zweiten Schritt erfolgte eine möglichst breite Information der anvisierten Zielpopulation in den Monaten August bis Dezember 2004, die mit folgenden Bemühungen für eine in jedem Kanton separat durchgeführte Informationsveranstaltung gewonnen werden sollten (vgl. ebd.):

- Kursankündigung bzw. Ausschreibung in den Schulblättern der beteiligten Kantone
- Erscheinen eines entsprechenden Artikels in der Zeitschrift BILDUNG SCHWEIZ des Dachverbandes Schweizer Lehrerinnen und Lehrer mit dem Titel „100 Lehrerinnen und Lehrer gesucht, die gesund bleiben wollen“
- Gezieltes Mailing an die Praxislehrkräfte der Kantone Aargau und Basel-Landschaft
- Information zu ESSKI im Rahmen des Nachdiplomkurses „Gesundheitsförderung in der Schule“ Zürich bzw. in einer Lehrveranstaltung an der Pädagogischen Hochschule Aargau
- Vorträge in den Kantonen Aargau, Schaffhausen und Zürich
- Rekrutierung durch interessierte Lehrkräfte.

Insgesamt richteten sich, gemäss *Bildungsstatistik Schweiz der Lehrkräfte 2003/04* (vgl. Deppierraz 2005), die Aufrufe zur Teilnahme an ESSKI an ca. 10'500 Lehrerinnen und Lehrer in den genannten Kantonen.¹ Informationsunterlagen zum Projekt wurden von 130 Lehrpersonen angefordert. Mit den Unterlagen erhielten die interessierten Lehrkräfte auch eine Einladung zu den insgesamt sieben Informationsveranstaltungen, welche im Dezember 2004 und Januar 2005 in den teilnehmenden Kantonen durchgeführt wurden. An diesen Veranstaltungen nahmen insgesamt 95 Lehrerinnen und Lehrer teil.

Abbildung 7 zeigt den Verlauf der Rekrutierung der Lehrpersonen bis zum Moment der Randomisierung (R). Ein Schlüsselmoment stellte die Informationsveranstaltung dar, da die Lehrpersonen um ihre ausdrückliche Zustimmung zur Teilnahme an der Untersuchung gebeten wurden, ohne dass sie die Gewähr hatten, unmittelbar von einer der Untersuchungsgruppen profitieren zu können. Zum Projekt ESSKI meldeten sich 95 Lehrpersonen mit 84 Schulklassen definitiv an und unterschrieben die Einverständniserklärung.

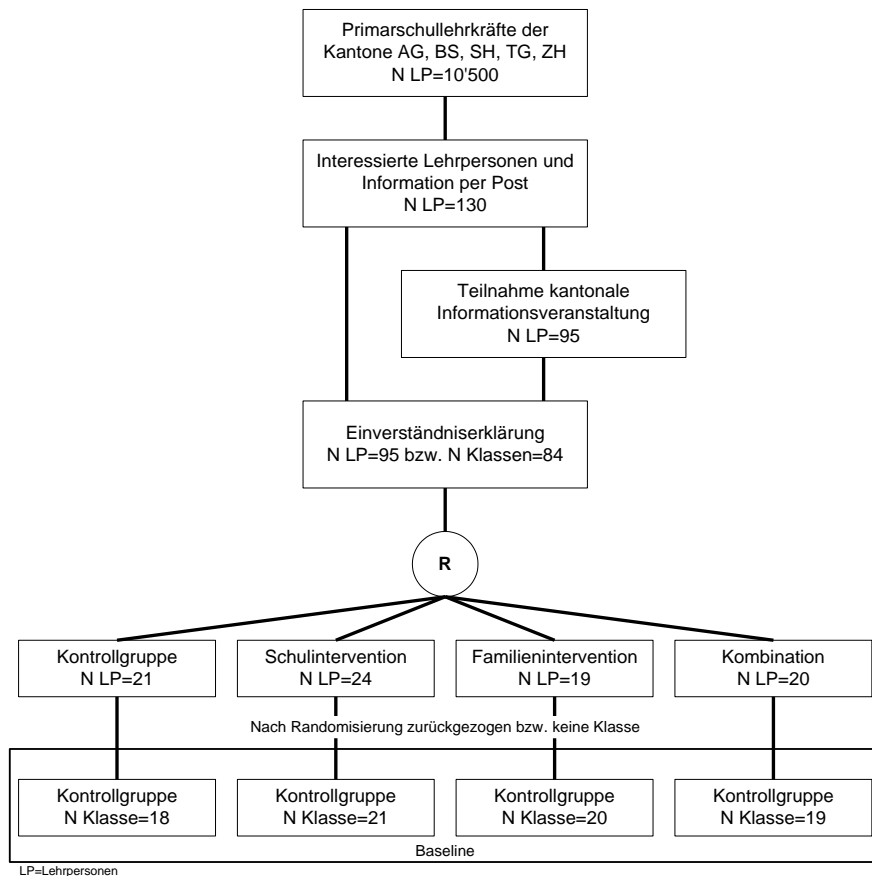


Abbildung 7: Verlauf Rekrutierung Lehrpersonen im Projekt ESSKI

Aufgrund persönlicher bzw. beruflicher Umstände mussten sich einige Lehrpersonen vor Start des Projekts wieder zurückziehen (ungünstige Gruppeneinteilung, Beurlaubung, Stellenkündigung 2005/06, Klasse

¹ Der Kanton Basel-Landschaft liefert erst ab 2004/05 Daten ans Bundesamt für Statistik. Aus diesem Grund erscheinen diese Lehrpersonen nicht in der hier berichteten Gesamtzahl.

kam für das Schuljahr 2005/06 nicht zustande). Zwei Lehrpersonen im Jobsharing hatten eine über Erwarteten grosse Klasse, weshalb diese geteilt wurde. Hierdurch kam es zu einer Aufstockung der teilnehmenden Klassen in der Familieninterventionsgruppe. Definitiv verblieben sind nach der Randomisierung in der Kontrollgruppe 18, in der Schulintervention 21, in der Familienintervention 20 und in der Kombinationsgruppe mit Familien- und Schulintervention 19 Schulklassen. Damit standen im September 2004 für die erste Erhebung 78 Schulklassen mit insgesamt 1'462 Schülerinnen und Schülern aus acht Kantonen (zwei Lehrpersonen aus den Kantonen SG und SO nahmen aus eigener Initiative am Projekt teil) zur Verfügung (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Teilnahme der Schulklassen nach Kanton

Aargau	18 Klassen
Basel-Landschaft	8 Klassen
Basel-Stadt	11 Klassen
Schaffhausen	1 Klasse
St. Gallen	1 Klasse
Solothurn	1 Klasse
Thurgau	15 Klassen
Zürich	22 Klassen

Bei dieser Stichprobe vertreten sind Schulklassen aus Zentren (26.9%), suburbanen Gemeinden (25.6%), periurbanen Gemeinden (23.1%), einkommensstarken Gemeinden (12.8%), ländlichen Pendlergemeinden (6.4%), agrar-gemischten Gemeinden (3.8%) und industriellen bzw. tertiären Gemeinden (1.3%). Nicht vertreten ist der Typ agrarische Gemeinde. Diese Verteilung ist für die teilnehmenden Kantone typisch, auch die Einteilung in die einzelnen Untersuchungsgruppen unterscheidet sich nicht signifikant (vgl. Fähr 2008: 80f.).

Um ganz allgemein das Interesse der Lehrpersonen zum Einsatz und zur Teilnahme an Programmen zur Förderung von Lebenskompetenzen und gesundheitsfördernden Lebensweisen festzustellen, wurde in der repräsentativen Lehrkräftebefragung - im Rahmen der Schweizer *Health Behaviour in School-aged Children Study* (HBSC) aus 2006 - gefragt, was Lehrpersonen von der Durchführung von Programmen zur Förderung von Lebenskompetenzen in der Schule halten. Die überwiegende Mehrheit der Lehrpersonen (85%) gab an, dass der Einsatz von Lebenskompetenzprogrammen eine wichtige Aufgabe der Schule sei, wobei fast zwei Drittel der befragten Lehrpersonen aber auch meinten, dass dies in erster Linie Aufgabe der Eltern sei. 95% glaubten auch, dass Schule und Elternhaus zur Förderung von zentralen Lebenskompetenzen und gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zusammenarbeiten sollten. Sie würden in einem Projekt, das diese Zusammenarbeit unterstützt und auch an einer spezifischen Weiterbildung für Lehrpersonen teilnehmen (64%), wobei diejenigen Lehrpersonen in den ESK-Kantonen dem mehr zustimmten als die Lehrpersonen in den Nicht-ESK-Kantonen (Intervention 75% vs. 65%, Weiterbildung 70% vs. 58.5%; vgl. Schönenberger et al. 2007). Daraus kann ein Bedürfnis nach solchen kombinierten Interventionsprogrammen einerseits und eine grosse Bereitschaft der Lehrpersonen sich in solchen Projekt zu engagieren andererseits abgeleitet werden.

Ebenso wie die Anwerbung der Lehrpersonen verlief auch die Rekrutierung der Erziehungsberechtigten der für das Projekt gewonnenen Schulklassen bzw. Schulkinder in mehreren Schritten. Vor den Sommerferien wurden die Eltern durch die Lehrpersonen mit von der Projektleitung erstellten Informationsflyern in fünf Sprachen zu ESSKI informiert und erhielten Kenntnis von den nach den Sommerferien in den jeweiligen Schulhäusern stattfindenden Elterninformationsabenden.

Kurz nach den Sommerferien wurden die Eltern schriftlich zu den Veranstaltungen eingeladen, welche im August bzw. September 2005 durchgeführt wurden. Insgesamt fanden 53 Informationsveranstaltungen statt, welche durch die 15 Informantinnen und Informanten des Projekts ESSKI geleitet wurden.² Zielgruppe waren die Eltern der 1'462 Schülerinnen und Schüler der im Januar rekrutierten Lehrerinnen und Lehrer. 948 Eltern nahmen die Gelegenheit wahr, sich im Rahmen des Elterninformationsabends zu ESSKI informieren zu lassen. Bis zum 24. September 2005 meldeten sich 904 Erziehungsberechtigte zum Projekt an. Dies entspricht einer Teilnahmerate von rund 60% der Zielpopulation, was - aufgrund der Erfahrungen mit der Elternerreichbarkeit bei universellen Elterntrainings von 30% - 50% (vgl. Heinrichs et al. 2003)³ - als grosser Erfolg gewertet werden kann, u.a. für die Projektanlage selbst, aber auch für die Informations- und Anwerbsstrategie.

5.2.4 Verlauf der Erhebung⁴

Nach Ablauf des Anmeldeschlusses der Eltern wurden die Fragebögen für Lehrpersonen und Schulkinder an die Lehrperson geschickt. Die Eltern erhielten den Fragebogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung nach Hause zugestellt. Die Lehrpersonen retournierten die ausgefüllten Bogen zuhanden der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), die Eltern schickten ihre ausgefüllten Bogen an das Kompetenzzentrum RessourcenPlus R+, Hochschule für Soziale Arbeit, die ebenfalls an die SFA weitergeleitet wurden. Bei der SFA fand die Rücklaufkontrolle statt, die Dateneingabe wurde durch Mitarbeitende des Instituts für Familienforschung und -beratung der Universität Fribourg gehandhabt. Nach der Dateneingabe wurde der Datensatz - nach jeder Erhebung - zuhanden der SFA weitergeleitet, wo er in Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums RessourcenPlus R+ der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW bereinigt und die Auswertungen vorbereitet wurden.

Zum Erhebungszeitpunkt T1 liegen N=1'409 durch Lehrpersonen ausgefüllte Fragebögen der Kinder aus 1'326 Familien vor. Zudem sind zum selben Erhebungszeitpunkt Fremdeinschätzungen zu den Kindern sowie Selbsteinschätzungen der Lehrpersonen (N=1'436 bzw. N=78) und Eltern (N=771) eingegangen. Zu T2 nahmen noch 1'339 Kinder aus 1'265 Familien teil. Noch 588 Erziehungsberechtigte sandten zur Post-Messung sowohl eine Fremd- als auch eine Selbsteinschätzung ein. Auch bei den Lehrpersonen wurde ein

² Im Vorfeld der Elternrekrutierung wurde ein Informationsteam mit 15 Mitgliedern gebildet, die Erfahrungen in Eltern- oder Erwachsenenbildung mitbrachten. Im Zuge dieser Zusammenarbeit wurde ein Foliensatz entwickelt, welcher das Projekt kurz, niederschwellig und anschaulich darstellt. Dieser Foliensatz hat sich als sehr praktikabel erwiesen.

³ Unterschiedliche Anreize für eine Förderung elterlicher Teilnahme bei spezifischen Programmen wurden in Versuchsanordnungen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Partizipationsanteile sowie ihrem Einfluss auf die Wirksamkeit des Programms aufgrund der Rekrutierungsmassnahme (Kinderbetreuung während der Sitzungen, Transport, Abendessen/Erfrischung, Geschenkgutscheine, monetäre Anreize) getestet (vgl. Heinrichs et al. 2003). Es hat sich gezeigt, dass vor allem mit monetären Anreizen Eltern für ein Elterntraining gewonnen werden können (N=460; 46% vs. 26% ohne Bezahlung) und dass die unterschiedlichen Rekrutierungsmassnahmen keinen nachweisbaren Einfluss auf die Wirksamkeit des Programmes (Triple P) nahm.

⁴ Eine detaillierte Beschreibung der Ausfälle im Gesamtprojekt ESSKI über die drei Messzeitpunkte und die Interventionsgruppen von Lehrpersonen, Eltern und Schulkindern findet sich bei Fäh (2009: 75ff.).

Rückgang der Teilnahme rate zum Zeitpunkt der Post-Messung verzeichnet. Noch 77 Lehrpersonen schätzten ihre Schülerinnen und Schüler (N=1'418) sowie sich selbst mittels Fragebogen ein. Zu T3 reduziert sich die Teilnahme von Eltern, Kindern und Lehrpersonen nochmals deutlich. Am Follow-up haben noch N=1'236 Kinder aus 1'189 Familien teilgenommen, die auch mit dem Projekt zu T1 gestartet sind. Verblieben sind noch 517 Familien mit sowohl elterlicher Selbst- als auch Fremdeinschätzung der Kinder, des Weiteren 74 Lehrpersonen mit Selbsteinschätzungen (N=74) und Fremdeinschätzungen der Kinder (N=1'370).

5.2.5 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe, nach Zielgruppen aufgeteilt, näher beschrieben, die auch in der vorliegenden Arbeit relevant sind. Detaillierte Stichproben- und Ausfallanalysen, die für das Gesamtprojekt ESSKI von Bedeutung sind, mit der im Folgenden bearbeiteten Fragestellung aber nur bedingt zusammenhängen, finden sich bei Fäh (2009).

5.2.5.1 Merkmale Lehrpersonen

Zum Messzeitpunkt T1 haben 78 Lehrpersonen einen ausgefüllten Fragebogen retourniert. Im Mittel sind die Lehrerinnen und Lehrer mit 45.5 Jahren 4.5 Jahre älter als der Schweizerische Durchschnitt. Die Geschlechterverteilung entspricht dabei dem Schweizerischen Durchschnitt (78.5% Frauen vgl. Deppierraz 2006; ESSKI: 77% Frauen). Die im Projekt aktiven Lehrpersonen sind durchschnittlich etwas mehr als sechzehn Jahre im Schuldienst. Die etwas erfahreneren Lehrpersonen sind in der Kontroll- und der Kombinationsgruppe leicht übervertreten. Zu den zwischen T1 und T3 vier ausgefallenen Lehrpersonen lassen sich keine systematischen Merkmale ausmachen.

5.2.5.2 Merkmale Kinder

Die 1'409 ESSKI-Schulkinder besuchen die Klassenstufen der ersten bis sechsten Primarstufe. Dabei besuchen die meisten Kinder die erste (21.2%), dritte (24%) und vierte Klasse (18.1%), etwas weniger Kinder konnten aus der zweiten und fünften Klasse rekrutiert werden (12.5% bzw. 15.3%) und mit 8.7% am wenigsten aus der sechsten Klasse.

Die Altersspanne ist damit recht breit und umfasst in der Hauptsache 6- bis 12-jährige. Im Durchschnitt sind die Kinder acht Jahre und neun Monate alt und haben 1.5 Geschwister. Das Geschlecht ist unter den 1'409 Kindern mit 50.1% Mädchen und 49.9% Jungen ausgeglichen verteilt. 1'270 Kinder haben die Schweizer Nationalität, 139 Schülerinnen und Schüler verfügen über eine Nicht-Schweizer Nationalität.

5.2.5.3 Merkmale Erziehungsberechtigte

Die Fragebögen der Eltern (N=771) wurden vorwiegend von Frauen ausgefüllt (88.2%) und das durchschnittliche Alter beläuft sich auf 40.2 Jahre (SD 4.9).

Die teilnehmenden Familien des Projekts ESSKI haben gemittelt 2.3 Kinder (SD .88) und sind überwiegend schweizerischer Herkunft (N=766; 79.1% vgl. Anhang A). Die grösste Ausländergruppe stammt aus dem

EU-EFTA-Raum (12.8%), 4.4% der Eltern stammen aus Osteuropa (Serbien-Albanien, Bosnien, Kroatien, Montenegro, Slowakei, Türkei, Ukraine). Wenige Eltern stammen ursprünglich aus dem Amerikanischen Raum (1.9%), eine kleine Minderheit aus Asien und Afrika (1%; jeweils N=4). Von fünf Personen liegen keine Angaben vor.

Berufstätig sind, soweit die Information vorliegt (N=552), die meisten Väter zu 90% und mehr (64.7%) und bei den Frauen (N=698) zumeist zwischen 10% - 40% (40.3%). Da im Rahmen der Fragebogenerhebung neben dem eigenen höchsten Schulabschluss auch derjenige des Partners bzw. der Partnerin befragt wurde, konnte für die Familie als Einheit der Bildungsstand, gemessen am höchsten familialen Schulabschluss, gebildet werden. Es zeigt sich in der Stichprobe zu ESSKI, dass die meisten Eltern über eine Berufsbildung verfügen (41.2%; N=768). Tiefere familiäre Bildungsabschlüsse betreffen nur 9.2% (Primarschule 2.7% bzw. Sekundarschule 6.5%), eine tertiäre Bildung weisen 49.2% der Familien auf (Maturität 18.8% bzw. Fachhochschule/Universität 30.5%).

Die Dauer der Partnerschaft beträgt durchschnittlich knapp 12 Jahre (SD 4.9; N=747). Die meisten Paare der ESSKI-Familien sind zwischen zehn und fünfzehn Jahre mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin verbunden (44.6%). 26% der Eltern leben seit weniger als zehn Jahren in ihrer Partnerschaft, 26.2% mehr als fünfzehn Jahre. Die meisten Eltern sind verheiratet (85.6%; N=766), getrennt/geschieden sind 11.3% der Eltern, ledig und verwitwet, sind 2.5% (2.1% bzw. 0.4%). Nach dem Status der Partnerschaft gefragt, geben 9.6% (N=739) der befragten Erziehungsberechtigten eine Veränderung an (in Scheidung 2.9%, Trennungsabsichten 1%, in Krise 3.9% bzw. Heiratspläne 1.4%).

5.2.6 Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden nach Beendigung des Projekts in zwei Forschungsberichten öffentlich gemacht (vgl. Schmid et al. 2007, Schönenberger et al. 2007). Dabei hat die Darstellung einiger Ergebnisse der Studie in diesen ersten beiden Berichten Kritik erfahren (ungenügende Darstellung der Randomisierung, Implementation der Programme, Teilnahmerate und Attrition, Datenanalyse und Interessenbindung; vgl. Eisner 2007). Mit den den Abschlussberichten folgenden Publikationen konnten die noch offenen Fragestellungen beantwortet werden (vgl. Cina et al. submitted, Fäh 2009, Schmid et al. 2008).

Folgende Wirkungen konnten in diesen Folgepublikationen statistisch nachgewiesen werden:

Bei den Eltern, die das *Triple P*-Programm gemacht haben,

- hat das positive, stärkende und unterstützende Erziehungsverhalten zugenommen und dysfunktionales Erziehungsverhalten, insbesondere überreagierende Reaktionen, abgenommen (vgl. Cina et al. submitted)
- hat sich die Selbstwirksamkeit im Umgang mit kindlichem Problemverhalten erhöht (vgl. ebd.)
- ist die psychische Belastung gesunken, die Resilienz und die Lebenszufriedenheit gestiegen (vgl. Fäh 2009).

Bei den Lehrpersonen, welche die Weiterbildung besucht haben,

- ist die Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) erhöht worden
- konnten ausserdem keine Veränderungen festgestellt werden (vgl. Schönenberger et al. 2007).

Bei den ESSKI-Kindern konnten folgende Veränderungen festgestellt werden:

- Je mehr die psychische Belastung der Eltern abnahm, desto mehr nahmen die Schwierigkeiten der Kinder ab (Fäh 2009)
- Die Schwierigkeiten der Kinder (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen) nahmen aus Sicht der Eltern und der Lehrpersonen ab. Die Veränderungen waren dabei bei älteren Kindern und Knaben stärker ausgeprägt (vgl. Fäh 2009)
- Das Rauchverhalten der Kinder konnte positiv beeinflusst werden (vgl. Schmid et al. 2008).

Insgesamt zeigt sich, dass die Intervention auf der Ebene des Elternhauses die grössten positiven Veränderungen hervorruft. Die hier berichteten Wirkungen sind alle statistisch signifikant, die gefundenen Effekte waren allerdings gering. Da es sich bei ESSKI um ein universelles Gesundheitsförderungsprogramm handelt und die Veränderungen auf der Ebene der Kinder durch Beobachtung von Verhalten gemessen wurden, waren keine grossen Effektstärken zu erwarten.

6 Untersuchungsfragen

Das Projekt ESSKI wurde im Rahmen von Gesamtevaluationen analysiert (Fäh 2009, Schmid et al. 2008, Schönenberger et al. 2007, Cina et al. submitted). In der vorliegenden Arbeit soll es darum gehen, in einer Teilanalyse der Daten Aussagen zu den an ESSKI teilnehmenden Eltern zu machen. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit gezeigt werden konnte, helfen elternzentrierte, universelle Interventionsprogramme bei der Optimierung des Familienklimas, der Eltern-Kind-Beziehung, vermitteln Erziehungs- und Handlungskompetenzen und vergrößern damit das Bewältigungspotential von Familien in schwierigen Situationen. Auch im Projekt ESSKI konnten diese Zusammenhänge nachgewiesen werden.

Im Hinblick auf die im theoretischen Teil dargestellten Zusammenhänge steht in der vorliegenden Arbeit vor allem die Frage im Vordergrund, welche Eltern für ESSKI gewonnen werden konnten und wie die Eltern - abhängig von ihrem Erziehungsverhalten¹ - von den Interventionsprogrammen profitieren konnten, sei dies nun die Schul-, Familien- oder Kombinationsintervention. Zudem interessiert auch, inwiefern Eltern mit einem eher negativen Erziehungsverhalten zum Projektstart und deren Kinder in ihrer psychischen Integrität und ihrem Verhalten gestärkt werden konnten.

In der vorliegenden Arbeit geht es also auch darum zu prüfen, welche teilnehmenden Eltern am meisten von ESSKI profitieren konnten. Die Unterscheidung zwischen den Eltern wird in Bezug auf deren Erziehungsverhalten getroffen, da dies auch die Zielvariable des in ESSKI zum Einsatz gekommenen Elternbildungsprogramms für diese Zielgruppe war. Folgende drei Hauptfragestellungen sollen geprüft werden:

-
- I. Wurden vor allem Eltern von gesunden, unauffälligen Kindern mit dem Angebot ESSKI erreicht und damit jene von psychisch weniger gesunden und auffälligeren Kindern weniger rekrutiert?**
 - II. Zeichnen sich diejenigen Familien, welche mit einem weniger vorteilhaften elterlichen Erziehungsverhalten ins Programm ESSKI gestartet sind, durch eine schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie eine geringere Elternzufriedenheit aus, und erzielen deren Kinder höhere Werte bezüglich des auffälligen Verhaltens und geringere Werte im prosozialen Verhalten?**
 - III. Kann die Gruppe Familien mit tieferen Ausgangswerten in ihrer Erziehungskompetenz ebenso von den ESSKI-Interventionen profitieren wie diejenigen Eltern, deren Erziehungsverhalten als positiv einzuschätzen ist, und welche Interventionen sind besonders unterstützend?**
-

¹ Die im empirischen Teil dargestellten Ergebnisse referieren alle auf das Erziehungsverhalten von Eltern, da dieses standardisiert erhoben wurde. Wenn im Rahmen der Analysen von Erziehungskompetenz gesprochen wird, sind nur Dimensionen von Erziehungsverhalten gemeint.

Um die Hauptfragestellung III. prüfen zu können, sind drei Teilfragestellungen zu beantworten:

- (1) Unterscheidet sich die Drop-out-Quote zwischen den Clustern und welche Eltern ziehen sich über die verschiedenen Messzeitpunkte von der schriftlichen Befragung des Projekts zurück?
- (2) a. Wie verändern sich die Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Elternzufriedenheit, kindliches Wohlbefinden und Verhalten (Fremdeinschätzung) der Kinder der einzelnen - aufgrund ihrer Ausgangserziehungskompetenz gebildeten - Gruppen differentiell über die drei Messzeitpunkte?
b. Gibt es Unterschiede in der Kompetenzzunahme und Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden zwischen den unterschiedlichen Erziehungsclustern über die Projektlaufzeit?
- (3) Gibt es innerhalb der Cluster Unterschiede in der Veränderung der genannten Zielvariablen über die Zeit hinsichtlich der Interventionsart (Schule, Schule-Elternhaus, Elternhaus, Kontrollgruppe)?

Die folgenden Kapitel sind nach den drei Hauptfragestellungen gegliedert. Die Operationalisierungen von zentralen Konstrukten sowie Auswertungsmethoden werden für eine bessere Übersichtlichkeit in den einzelnen Kapiteln zu den Teilfragestellungen detailliert dargestellt.

7 Zielgruppenerreichung: Eine Ausfallanalyse mittels Schuldaten

In der Fachliteratur und auch unter Fachpersonen in der Praxis wird gerne darauf verwiesen, dass mit vielen Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund ihrer unreflektierten Mittelschichtorientierung kaum jene Zielgruppen erreicht werden können, welche die Förderprogramme -und projekte, Aufklärungsinserate und -plakate wirklich nötig hätten. Insbesondere angesprochen sind hiermit diejenigen kommunikativ verengten Aufklärungskampagnen, welche über die Printmedien abgewickelt werden, was einer Exklusion sozialer und ethnischer Minderheiten als möglicher Zielgruppen Vorschub leistet (vgl. Franzkowiak & Wenzel 2001: 717).

Im Rahmen dieses Kapitels soll Teilfragestellung (I) geprüft werden. Die Formulierung "jene, die es nötig hätten", lässt oft offen, um welche Personen es sich eigentlich handelt. Gemeinhin werden Personen aus tieferen Sozialschichten und Personen mit Migrationshintergrund zu dieser Gruppe gezählt, Personen also, die aufgrund einer für sie weniger kontingenten Lebenswelt mit mehr Belastungen und geringeren Ressourcen zu kämpfen haben.

Wie Fäh (2009) nachgewiesen hat, konnte auch mit ESSKI ein anteilmässig kleinerer Teil der Migrationsbevölkerung erreicht werden als dies auf die Schweizer Bevölkerung zutrifft. Hinsichtlich des Bildungsstands der Eltern wurden im Projekt ESSKI nur diejenigen Familien zu ihrem sozialen Status befragt, welche auch am Elternbildungsprogramm und an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben. Aus diesem Grund können die beiden Gruppen nicht hinsichtlich ihres sozialen Status verglichen werden.

Das Projekt ESSKI hat sich vorrangig zum Ziel gesetzt, die psychische Gesundheit und Integrität von Kindern im Alter von 6-12 Jahren zu stärken. Es lohnt sich also an dieser Stelle näher zu analysieren, ob sich die Kinder der Eltern, welche an ESSKI (Fragebogenerhebung und Elternintervention) teilgenommen haben von denjenigen Kindern hinsichtlich ihres Verhaltens und ihrer Gesundheit unterscheiden, deren Eltern von einer Teilnahme abgesehen haben. ESSKI müsste gerade jene Familien mit den Interventionen erreichen, deren Kinder über weniger Stärken und mehr Schwächen verfügen als ihre Klassenkameraden/Klassenkameradinnen.

Aus diesem Grund lautet die erste Hauptfragestellung, die im Folgenden beantwortet werden soll:

I. Wurden vor allem Eltern von gesunden, unauffälligen Kindern mit dem Angebot ESSKI erreicht und damit jene von psychisch weniger gesunden und auffälligeren Kindern weniger rekrutiert?

Wie oben dargestellt, wird in Fachkreisen zur Gesundheitsförderung und Prävention davon ausgegangen, dass diejenigen Zielgruppen, welche Interventionen am nötigsten hätten, kaum erreicht werden können. Da die Hauptzielgruppe von ESSKI weder die Eltern noch die Lehrpersonen sind sondern die Kinder, kann ein Vergleich angestellt werden zwischen den Gesundheits- und Verhaltensvariablen derjenigen Kinder, deren Eltern zu T1 einen Fragebogen abgegeben haben und denjenigen Kindern, deren Eltern nicht an der Evaluation teilgenommen haben. Die Einschätzungen zu diesen Konstrukten wurden durch die Lehrpersonen bezüglich aller Kinder vorgenommen. Es bietet sich also an, die Lehrpersoneneinschätzung für einen solchen Vergleich heranzuziehen. Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass bei der Beurteilung von

Veränderungen bei Kindern (insbesondere bei grossen Klassen) durch in der Regel diagnostisch nicht geschulte Lehrpersonen Verzerrungseffekte zum Tragen kommen können, wie auch die Analyse von Fäh (2009) zu ESSKI gezeigt hat.

7.1 Methode

7.1.1 Operationalisierung des Konstrukts 'psychische Gesundheit von Kindern'

Wie in Kapitel 2 dargestellt, sind psychische Probleme, soziale Auffälligkeiten und körperliche Erkrankungen Hinweise auf eine Überbeanspruchung der Bewältigungskapazitäten eines Individuums, in denen sich eine problematische Art der Auseinandersetzung mit inneren und äusseren Anforderungen im menschlichen Entwicklungs- und Lebensverlauf manifestieren. Kinder gehen mit den an sie herangetragenen externen und ihren eigenen internen Herausforderungen sehr unterschiedlich um. Auffälliges Verhalten und die Beeinträchtigung von Psyche und Körper als Hinweise auf eine Überbeanspruchung werden durch Stärken und Schwächen von Kindern messbar. Kinder mit vielen Schwächen und wenigen Stärken scheinen nicht mit den Anforderungen angemessen umgehen zu können und bringen auch wenig Rüstzeug für neue an sie herangetragene Problemstellungen und interne Konflikte mit. Sie sind aus diesem Grund gegenüber Kindern mit vielen Stärken und wenig auszumachenden Schwächen als doppelt benachteiligt einzuschätzen.

7.1.2 Erhebungsinstrument

Im Rahmen von ESSKI wurde der Fragebogen zu den Stärken und Schwierigkeiten von Kindern zwischen vier und sechzehn Jahren (The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ; Goodman 1997) eingesetzt. Der SDQ ist ein Verhaltensscreening und existiert in verschiedenen Versionen. Die in ESSKI verwendete Kurzform erfragt 25 Items und weist eine Reliabilität von $\alpha=.85$ aus. Erhoben werden die Verhaltenskonstrukte prosoziales Verhalten sowie ein Gesamtproblemwert.

Unter den Stärken figuriert das prosoziale Verhalten, ein zentrales Konstrukt, da sich Kinder u.a. nur durch positives Sozialverhalten, soziale Unterstützung aus ihrem Umfeld erschliessen und nachhaltig sichern können.

Items zur Erfassung des prosozialen Verhaltens sind: Ist rücksichtsvoll, Teilt gerne, Ist hilfsbereit, Ist lieb zu jüngeren Kindern, Hilft anderen.

Unter den Schwächen finden sich die Konzepte emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität.

Beispielitems zur Erfassung von:

- emotionalen Problemen: Klagt häufig über Kopfschmerzen; Hat viele Sorgen; Oft unglücklich
- Verhaltensproblemen: Hat oft Wutanfälle; Streitet sich oft; Stiehlt zu Hause
- Hyperaktivität: Unruhig; Überaktiv; Ständig zappelig; Führt Aufgaben nicht zu Ende
- Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen: Einzelgänger; Hat wenigstens einen guten Freund; Wird von anderen gehänselt.

Die Antwortkategorien sind dreistufig: nicht zutreffend, teilweise zutreffend, eindeutig zutreffend. Die Scores laufen von 0-2 pro Item.

Die Verteilung der Summe der Scorewerte wurde von den Entwicklern so gewählt, dass ca. 80% der Kinder in der Population als normal, 10% als grenzwertig auffällig und 10% als auffällig eingestuft werden (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Summenscores für die Verhaltenseinschätzung von Kindern - Strength and Difficulties Questionnaire SDQ - Lehrpersoneneinschätzung

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Prosoziales Verhalten	5 - 10	4	0 - 3
Gesamtproblemwert	0 - 11	12 - 15	16 - 40
<i>Emotionale Probleme</i>	0 - 3	4	5 - 10
<i>Verhaltensauffälligkeiten</i>	0 - 2	3 - 4	5 - 10
<i>Hyperaktivität</i>	0 - 5	6 - 7	8 - 10
<i>Probleme mit Gleichaltrigen</i>	0 - 3	4	5 - 10

Diese Cutt-off-Werte werden bei den weiteren Berechnungen nicht berücksichtigt, da Mittelwerte verglichen werden.

7.1.3 Stichprobe

771 Erziehungsberechtigte haben einen Fragebogen zum Messzeitpunkt T1 abgegeben. Jetzt gilt es genauer hinzuschauen, welche Familien mit ESSKI erreicht werden konnten: Sind es Familien, deren Kinder über ausgeprägtere Schwächen und weniger Stärken verfügen oder in erster Linie die Eltern der unauffälligeren Kinder, die für ESSKI gewonnen werden konnten. Dabei bezieht sich die Bezeichnung *erreicht werden* auf diejenigen Eltern, welche neben dem Besuch des *Triple P*-Kurses auch einen Fragebogen zum Erhebungszeitpunkt T1 eingeschickt haben.

Um die Fragestellung beantworten zu können, welche Eltern an der Erhebung teilgenommen haben, muss die Analyse über die Fremdeinschätzung der Kinder durch Lehrpersonen vorgenommen werden, da nur von diesen die Einschätzungen aller Kinder vorliegen. Zu den Items des prosozialen Verhaltens wurden N=1'331 Kinder von den Lehrpersonen zu T1 vollständig eingeschätzt, zum Problemverhalten liegen die vollständigen Daten von N=1'320 Kindern vor. Die fehlenden Einschätzungen zu Schwächen und Stärken gegenüber der Gesamtstichprobe zu T1 von 1'409 ergeben sich aufgrund fehlender Werte bei den Gesamt- aber auch Unterskalen (Schwächen). Es konnte kein systematischer Zusammenhang im Ausfall gefunden werden.

7.1.4 Datenauswertung

Es werden zwei Gruppen gebildet: Kinder, deren Eltern zu T I an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben (*teilgenommen zu T I*) bzw. Kinder, deren Eltern keinen Fragebogen ausgefüllt haben (*nicht-teilgenommen zu T I*). In einem zweiten Schritt werden die Fremdeinschätzungen der Lehrpersonen zu jenen Kindern von teilgenommenen Familien hinsichtlich der Skala Stärken und der Gesamtskala Schwächen mittels T-Test verglichen. Zudem werden die Gruppenvergleiche der Schwächen-Skala auch mit ihren Subskalen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität sowie Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen einzeln durchgeführt.

Es wurden nur diejenigen Einschätzungen für die Datenanalyse verwendet, von denen alle Items der Skalen und Subskalen beantwortet wurden. Aus diesem Grund gehen nicht alle Werte der I'409 von den Lehrpersonen eingeschätzten Schulkindern in die Analyse ein.

7.2 Ergebnisse: Stärken und Schwächen der Kinder - Lehrpersoneneinschätzung

Die Lehrpersoneneinschätzungen zu den Stärken und Schwächen der Kinder (SDQ) sind näherungsweise normal verteilt (vgl. Tabelle 7), da man bei einem tieferen Wert der Schiefe und der Kurtosis von weniger als 1.96 von einer normal verteilten Stichprobe ausgehen kann (vgl. Wittenberg 1991).

Tabelle 7: Test der Normalverteilung der Lehrpersonendaten zur Einschätzung des prosozialen Verhaltens der Kinder

	N	Mittelwert	SD	Schiefe	Kurtosis
Prosoziales Verhalten T I	I'331	7.104	2.458	-.522	-.541

Auch in Bezug auf die Einschätzung kindlichen Problemverhaltens der Schülerinnen und Schüler durch die Lehrpersonen sind die Daten annähernd normalverteilt (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Test der Normalverteilung der Lehrpersonendaten zur Einschätzung des Problemverhaltens der Kinder

	N	Mittelwert	SD	Schiefe	Kurtosis
Verhaltensprobleme T I	I'320	8.861	6.774	.761	-.072

7.2.1 Vergleich Stärken und Schwächen der Kinder aus teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Familien

Mittels t-Test kann ermittelt werden, ob sich die beiden Kindergruppen (*Teilnahme der Eltern zu T I* / *nicht-Teilnahme der Eltern zu T I*) voneinander unterscheiden. Höhere Werte bedeuten dabei höhere Ausprägungen im gemessenen Merkmal. Es liegt ein Summenscore vor. Die Werte der Kinder, deren Eltern nicht an der Evaluation teilgenommen haben, liegen dabei überraschenderweise etwas tiefer bei den Schwierigkeiten ($T=.658$, $df=I'318$, $p=.510$) und etwas höher beim prosozialem Verhalten, bei der Erklärung der

(sehr geringen!) Mittelwertsunterschiede kann der Zufall nicht ausgeschlossen werden ($t=-.926$; $df=1329$; n.s.; vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung T I teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder

	Teilgenommen	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes	P
Problemverhalten T I	ja	739	8.970	6.851	.252	$p \geq .05$
	nein	581	8.723	6.679	.277	
Prosoziales Verhalten T I	ja	731	7.048	2.468	.091	$p \geq .05$
	nein	600	7.173	2.447	.100	

Da sich die Gesamtproblemskala aus vier Unterskalen (emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Hyperaktivität) zusammensetzt, werden im Folgenden auch die Gruppenvergleiche mittels dieser Unterskalen dargestellt. Dabei handelt es sich wieder um Mittelwerte der Summenscores, hohe Werte bedeuten hohe Ausprägungen in einem Merkmal.

7.2.2 Emotionale Probleme

Insgesamt haben $N=1'391$ Kinder gültige Werte in der Einschätzung der Lehrpersonen bezüglich der Items zur Unterskala emotionale Probleme zu T I. Auch diese Skalen sind näherungsweise normal verteilt. Die Mittelwerte der beiden Gruppen (Eltern zu T I teilgenommen bzw. nicht teilgenommen) unterscheiden sich nur gering (vgl. Tabelle 10). Im t-Test zeigt sich im Mittelwert und in der Verteilung der beiden Gruppen von Kindern, deren Eltern nicht an der Evaluation teilgenommen haben und denjenigen, deren Eltern teilgenommen haben, keine signifikanten Unterschiede ($t=.198$; $df=1'389$; n.s.).

Tabelle 10: Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung T I teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu emotionalen Problemen

	Teilgenommen	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes	P
Emotionale Probleme T I	ja	763	2.037	2.238	.081	$p \geq .05$
	nein	628	2.013	2.254	.090	

7.2.3 Verhaltensprobleme

Bezüglich der Skala Verhaltensprobleme wurden $N=1'379$ Kinder durch die Lehrpersonen eingeschätzt. Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterscheiden sich nur gering, mit etwas höheren Werten bei denjenigen Kindern von Eltern, welche an ESSKI teilgenommen haben (vgl. Tabelle 11). Der t-Test zeigt, dass in der Verteilung der beiden Gruppen von Kindern, deren Eltern nicht an der Evaluation teilgenommen

haben und denjenigen, deren Eltern teilgenommen haben, keine überzufälligen Differenzen zu finden sind ($t=1.377$; $df=1'377$; n.s.).

Tabelle 11: Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung T1 teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu Verhaltensproblemen

	Teilgenommen	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes	p
Verhaltensprobleme T1	ja	765	1.437	1.951	.071	$p \geq .05$
	nein	614	1.295	1.837	.074	

7.2.4 Hyperaktivität

Die Lehrpersonen schätzten $N=1'397$ Kinder bezüglich ihrer Neigung zu Hyperaktivität ein. Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterscheiden sich nur gering und sind mit 3.39 bzw. 3.36 im unauffälligen Bereich (Wertebereich 0-5). Auch bezüglich der Hyperaktivität schätzen die Lehrpersonen Kinder, deren Eltern an der Evaluation zu T1 teilgenommen haben, als etwas hyperaktiver ein als die Kinder, deren Eltern auf eine Teilnahme verzichtet haben (vgl. Tabelle 12). Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant ($t=.169$; $df=1'395$; n.s.).

Tabelle 12: Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung T1 teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu Hyperaktivität

	Teilgenommen	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes	p
Hyperaktivität T1	ja	764	3.391	2.946	.107	$p \geq .05$
	nein	633	3.365	2.856	.114	

7.2.5 Problemverhalten mit Gleichaltrigen

Zur Skala Problemverhalten mit Gleichaltrigen liegen die Lehrpersoneneinschätzungsdaten von 1'378 Kindern zu T1 vor. Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterscheiden sich nur gering. Auch hinsichtlich der dritten Subskala externalisierenden Problemverhaltens kann festgestellt werden, dass die Lehrpersonen denjenigen Kindern, deren Eltern an der Evaluation zu T1 teilgenommen haben, ein etwas grösseres Problemverhalten mit Gleichaltrigen attestieren als denjenigen Kindern, deren Eltern sich nicht an ESSKI bzw. der Evaluation beteiligt haben (vgl. Tabelle 13). Bei dieser Differenz kann jedoch der Zufall nicht ausgeschlossen werden ($t=.551$; $df=1'367$; n.s.).

Tabelle 13: Gruppenvergleich Eltern an Fragebogenerhebung TI teilgenommen oder nicht bezüglich Lehrpersoneneinschätzung der Kinder zu Problemverhalten mit Gleichaltrigen

	Teilgenommen	N	Mittelwert	SD	Standardfehler des Mittelwertes	p
Probleme mit Gleichaltrigen TI	ja	754	2.035	2.197	.080	p≥.05
	nein	615	1.971	2.143	.086	

Der SDQ-Fragebogen erhebt auch Zusatzfragen, welche nicht in Skalen zusammengefasst werden (Bsp. Schwierigkeiten zu Hause, mit Freunden, im Unterricht, in der Freizeit usw.). Auch hinsichtlich dieser Variablen finden sich nur geringe Mittelwertsunterschiede, bei welchen der Zufall nicht ausgeschlossen werden kann.

7.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Gruppe derjenigen Kinder, deren Eltern sich in ESSKI engagiert haben, von denjenigen Kindern, deren Eltern nicht an ESSKI und der Evaluation teilgenommen haben, nicht signifikant unterscheiden. Die Kinder, deren Eltern sich zu einer Teilnahme entschlossen haben, erzielen in der Einschätzung der Lehrpersonen etwas höhere Mittelwerte auf den Skalen externalisierenden Problemverhaltens (Hyperaktivität, Problemverhalten mit Gleichaltrigen und Verhaltensprobleme). Anders als in der theoretischen Diskussion um die Erreichbarkeit von Eltern und Familien kann bezüglich ESSKI konstatiert werden, dass - zumindest in der Einschätzung der Lehrpersonen - nicht die Eltern von besonders 'guten' Kindern sich für das Interventionsprogramm angemeldet haben, sondern eine Gruppe Eltern mit einer für die ESSKI-Klassen durchschnittlichen Kinderpopulation, die nicht als problematischer, gefährdeter oder auffälliger wahrgenommen werden. Leider liegen keine soziodemographischen Daten zu denjenigen Eltern vor, die von einer Teilnahme an ESSKI abgesehen haben. Aus diesem Grund können die beiden Gruppen - zu ESSKI angemeldete Eltern vs. nicht zu ESSKI angemeldete Eltern - nicht näher soziodemographisch beschrieben werden.

Es kann jedoch konstatiert werden, dass sich im Hinblick auf das kindliche Verhalten und die kindliche Gesundheit sicher eine für die Zielpopulation repräsentative Gruppe zu ESSKI angemeldet hat, die nicht gesündere oder angepasstere Kinder hat als die Gruppe der nicht angemeldeten Eltern.

8 Typologie des Erziehungsverhaltens im Projekt ESSKI

Ausgehend von der theoretischen Implikation, dass die Förderung der Erziehungskompetenz bei Eltern einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder hat und damit eine Stärkung der Ressourcen von Familien erreicht werden kann, soll geprüft werden, ob sich Eltern mit negativerem Erziehungsverhalten und ihre Familien vom Programm ESSKI profitieren konnten und in welchen Dimensionen sie am meisten profitiert haben.

In diesem Kapitel werden die Eltern hinsichtlich ihres Erziehungsverhaltens in Clustern zusammengefasst. Es soll geprüft werden, ob und inwiefern sich die Cluster zum Messzeitpunkt T1 voneinander unterscheiden, hinsichtlich soziodemographischer Daten sowie Gesundheits- (Eltern) und Verhaltensoutcomes (Kinder) in der ersten Befragung.

Danach werden die Cluster auf die Drop-out-Quote sowie die Veränderungen über die drei Messzeitpunkte in den Gesundheits- und Verhaltensoutcomes sowie zur Kontrolle des Erziehungsverhaltens der Eltern geprüft. Zudem wird untersucht, ob über die drei Messzeitpunkte differentielle Effekte innerhalb der einzelnen Cluster - in Abhängigkeit der vier Untersuchungsgruppen - auszumachen sind.

Damit nimmt das vorliegende Kapitel folgende Hauptfragestellung ins Visier:

- I. Zeichnen sich diejenigen Familien, welche mit einem weniger vorteilhaften elterlichen Erziehungsverhalten ins Programm ESSKI gestartet sind, durch eine schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie eine geringere Elternzufriedenheit aus, und erzielen deren Kinder höhere Werte bezüglich des auffälligen Verhaltens und geringere Werte im prosozialen Verhalten?**

8.1 Methode

8.1.1 Operationalisierung der zentralen Konstrukte

Wie unter Kapitel 3.3 erörtert, entwickelt sich das Verhaltensmuster zwischen Eltern und Kindern im Wechselspiel, dem sogenannten Transaktionszyklus. Obwohl die Richtung des kausalen Einflusses bis anhin nicht abschliessend geklärt werden konnte, interveniert ESSKI mit dem Erziehungstraining *Triple P* für Eltern auf der Verhaltensebene der Eltern in der Erwartung, dass damit - neben der Steigerung der Erziehungskompetenz - auch das kindliche Verhalten positiv beeinflusst und Verhaltensproblemen vorgebeugt werden kann.

Statt mit den klassischen Erziehungsstilen wurde innerhalb des Projekts ESSKI das Erziehungsverhalten der Eltern mittels einer Mehr-Dimensionen-Lösung beschrieben, welche das Erziehungsverhalten von Eltern abbilden sollen. Ausgegangen wird dabei von einem Vier-Dimensionen-Modell mit den Kontexten *Positives Erziehungsverhalten*, *Nachsicht*, *Überreagieren* und *Selbstwirksamkeit*. Diese Dimensionen bilden ein valides Bild der elterlichen Erziehungskompetenz ab, hängt doch internalisierendes Verhalten von Kindern mit Machtausübung, Vernachlässigung, Überengagement, Überbehütung und überkontrollierendem Verhalten, externalisierendes Verhalten mit harten, nötigenden, inkonsistenten Erziehungsvarianten sowie Ablehnung des Kindes zusammen (vgl. Kapitel 3.3.2). Förderliches Erziehungsverhalten hingegen (Förderung der Au-

tonomie der Kinder, elterliche Unterstützung und Wärme) wirkt sich positiv auf die soziale Kompetenz und Anpassung der Kinder aus, wie oben gezeigt werden konnte. Denn die Qualität der familialen Interaktionen für die Gesundheitsbiographie und den Sozialisationserfolg sind von grosser Bedeutung. Eine gute Beziehung zu den Eltern gehört zu den zentralen Schutzfaktoren der Kinder, mit zunehmender Qualität der Beziehung steigt auch die Qualität der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Neben den familialen Erziehungsstilen sind auch die psychische Gesundheit sowie die Elternzufriedenheit Faktoren, welche das Kindverhalten und das gesamte Familiensystem nachhaltig beeinflussen. Auch diese Dimensionen der ESSKI-Eltern werden im Folgenden näher untersucht. Zudem werden die Elterneinschätzungen zu den Stärken und Schwächen der Kinder in die Analysen mit einfließen.

Die einzelnen Erhebungsinstrumente werden im Folgenden beschrieben.

8.1.2 Erhebungsinstrumente

8.1.2.1 Erziehungsverhalten

Der **Erziehungsfragebogen EFB-K** (Miller 2001) ist eine Kurzform der deutschen Version der Parenting Scale (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker 1993) und bildet dysfunktionales Erziehungsverhalten von Eltern ab. Er erfasst die Erziehungsstrategien und das Erziehungsverhalten der Eltern bei unangemessenem oder schwierigerem Verhalten ihrer Kinder.

Der Fragebogen setzt sich aus 13 Items zusammen. Jedes Item wird auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt ("Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält"). Die Endpunkte beschreiben effektive ("unternehme ich gleich etwas dagegen") bzw. ineffektive ("gehe ich später darauf ein") Formen von bestimmten Erziehungsverhalten in Disziplinsituationen. Die Eltern werden gebeten, auf der siebenstufigen Skala jeweils die Zahl anzukreuzen, welche als Abstufung zwischen den beiden Verhaltensweisen ihrem eigenen Verhalten in den vergangenen zwei Monaten am nächsten kommt.

Der EFB-K setzt sich aus zwei Subskalen zusammen:

- *Nachsichtigkeit*
(sechs Items zu Nachgiebigkeit wie Beachten der Einhaltung von Regeln, Verstärkung von Problemverhalten)
- *Überreagieren*
(sechs Items zu Erziehungsfehlern wie Wut, Zorn, Reizbarkeit oder Gemeinheit).

Die interne Konsistenz der Skala Nachsichtigkeit und der Skala Überreagieren beträgt jeweils $\alpha=.75$, die der Gesamtskala $\alpha=.76$. Aus den Mittelwerten der zu der entsprechenden Skala gehörenden Items werden die Werte der Subskalen gebildet, aus deren Mittelwert sich wiederum der Gesamtwert ergibt. Für die Interpretation gilt: Je höher der Mittelwert, desto ungünstiger ist das Erziehungsverhalten.

Es wurden folgende Cut-off-Werte zur Bestimmung von auffälligem dysfunktionalem Erziehungsverhalten erstellt: Nachsichtigkeit-Werte sind 3.4; Überreagieren-Werte sind 4.3; Gesamtskala-Werte sind 3.6 (vgl. Miller 2001:90).

Neben diesen beiden Skalen enthält der Fragebogen ein Zusatzitem (5), das wesentliches Erziehungsverhalten (monitoring) beschreibt ("wenn mein Kind nicht in meiner Nähe ist"... "weiss ich oft nicht, was es gerade" vs. "weiss ich meistens in etwa, was es gerade tut"). Weitere zentrale Erziehungsdimensionen wie Responsivität, Wärme oder Entwicklungsförderung werden durch den EFB bzw. seine Kurzform nicht erfasst.

Der **Fragebogen zum positiven, verstärkenden und fördernden Erziehungsverhalten (FZEV;** Miller 2001) ist in Anlehnung an verschiedene englischsprachige Fragebögen (Parents Practices Scale (Strayhorn & Weidman 1988), Parent Behavior Checklist (Fox 1994)) entwickelt worden.

Das positive, verstärkende und fördernde Erziehungsverhalten von Eltern wird in 13 Items beschrieben und soll von den Erziehungsberechtigten hinsichtlich seines Auftretens in den letzten zwei Monaten beurteilt werden (0=nie bis 3=sehr oft).

Beispielitems sind: Ich spiele mit meinem Kind; Ich lache gemeinsam mit meinem Kind; Ich lobe mein Kind; Ich zeige meinem Kind Anerkennung, wenn es Dinge tut, die mir gefallen; Wenn mein Kind zu mir kommt und ich beschäftigt bin, versuche ich, es in meine Tätigkeit einzubeziehen; Ich habe Spass mit meinem Kind; Ich unterhalte mich mit meinem Kind.

Die Antworten werden zu einem Gesamtwert zusammengefasst. Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .85$ (Mütter) bzw. $\alpha = .87$ (Väter).

Der Fragebogen **Verhalten in Risikosituationen / Selbstwirksamkeit (VER;** Sanders & Woolley 2005) ist die deutsche Version der Problem Setting and Behavior Checklist (PSBC; Sanders et al. 2000). Der Fragebogen erfasst die Kompetenzüberzeugungen der Eltern bezüglich schwieriger Erziehungssituationen bzw. problematischen Kindverhaltens.

In insgesamt 28 Items werden entsprechende Situationen bzw. entsprechendes Verhalten beschrieben und die Eltern sollen einschätzen, wie gut sie diese bewältigen können (1=nicht gut bewältigen bis 4=gut bewältigen).

Beispielitems sind: Mein Kind aufwecken und zum Aufstehen bewegen; Mit meinem Kind zum Arzt gehen; Mein Kind dazu bewegen, im Haushalt mitzuhelfen; Längere Autofahrten mit meinem Kind; Freunde oder Verwandte besuchen; Ich unterhalte mich mit einem anderen Erwachsenen; Mein Kind weigert sich, das zu tun, was ihm gesagt wurde; Mein Kind wird wütend, weil etwas nicht nach seinem Willen geht; Mein Kind jammert oder quengelt; Mein Kind trödelt beim Anziehen.

Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .92$ (Mütter) bzw. $\alpha = .94$ (Väter).

8.1.2.2 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Der **DASS-K** (Depression-Anxiety-Stress Scales/DASS-21) besteht aus 21 Items. Die Langform der DAS-Scale wurde von Lovibond & Lovibond (1995) entwickelt und besteht ursprünglich aus 42 Items und erfasst die Symptome von Depression, Angst und Stress bei Erwachsenen. Die Erwachsenen sollen auf den

21 Items einschätzen, wie gut sie in den letzten zwei Wochen mit belastenden Situationen umgehen konnten bzw. wie sie sich gefühlt haben (1=nie, 2=selten/manchmal, 3=häufig/oft 4=sehr oft/die meiste Zeit).

Beispielitems sind

- für Angst: Hatte ich Atembeschwerden (z.B. Atemnot) ohne körperliche Belastung; War ich kurz davor, panisch zu reagieren; Hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst
- für Depression: Schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden; War ich niedergeschlagen und traurig; Dachte ich, mein Leben hat keinen Sinn; Hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann
- für Stress: Fiel es mir schwer, mich zu entspannen; Neigte ich dazu, in bestimmten Situationen überempfindlich oder übertrieben zu reagieren; War ich wütend auf alles, was mich daran hinderte, meine Beschäftigung fortzuführen.

Jede Skala kann Werte von 0 bis 21 Punkte annehmen. Lovibond & Lovibond (1995) schlagen die in folgender Tabelle 14 dargestellten Interpretationen vor:

Tabelle 14: Interpretation der Werte der DASS-K

	Normal	Mild	Mittelschwer	Schwer	Sehr schwer
Depression	0-4.5	5-6.5	7-10	10.5-13.5	14+
Angst	0-3.5	4-4.5	5-7	7.5-9.5	10+
Stress	0-7	7.5-9	9.5-12.5	13-16.5	17+

Die Skala weist eine hohe Reliabilität für die Skala Depression ($\alpha=.91$), Angst ($\alpha=.84$) und Stress ($\alpha=.90$) sowie eine gute, diskriminante (Konstrukt-) und konkurrente (Kriteriums-) Validität auf.

Zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit der Eltern wurde die **Resilienzskala (RS-11)** von Schumacher et al. (2004) verwendet. Diese wurde auf Basis der deutschen Version der in englischer Sprache entwickelten Resilienzskala von Wagnild & Young (1993) von 25 Items auf 11 Items gekürzt. Die hohe Korrelation der Kurzskala mit der Gesamtskala ($r=.95$) qualifiziert die RS-11 als eine valide Kurzfassung dieser Skala (vgl. Schumacher et al. 2004).

Um die psychische Widerstandsfähigkeit von Eltern erfassen zu können, sind diese aufgefordert anzugeben, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf sie zutreffen, d.h. wie sehr ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird (1=ich stimme nicht zu bis 7=ich stimme völlig zu).

Beispielitems sind: Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch; Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben; Ich mag mich; Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten; In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.

Sowohl die Gesamtskala mit 25 Items (RS-25) als auch die darauf aufbauend neu konstruierte Kurzskala mit 11 Items (RS-11) erweisen sich als reliable Messinstrumente zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Die interne Konsistenz der Kurzskala ist mit $\alpha=.91$ als gut einzustufen, zumal der Wert - trotz der viel geringeren Itemzahl - nur wenig niedriger ausfällt als derjenige der 25-Item-Gesamtskala ($\alpha=.95$).

8.1.2.3 Elternzufriedenheit

Für die Erhebung der elterlichen **Lebenszufriedenheit** (Bodenmann-Kehl 1999) wurde der Fragebogen von Bodenmann (1999) verwendet. Diese 5-stufige Kurzska (1=gar nicht, 2=eher nicht, 3=eher, 4=ziemlich, 5=sehr) beinhaltet fünf Items, die zu einem Gesamtwert aufaddiert werden.

Beispielitems sind: Sind Sie insgesamt zufrieden mit Ihrem Leben; In welchem Mass entspricht Ihr Leben Ihren Wunschvorstellungen; Sind Sie zufrieden mit sich selbst.

Das Cronbach's Alpha der Skala beträgt $\alpha=.78$ für Frauen und $\alpha=.79$ für Männer.

Mit der **Relationship Assessment Scale** (RAS; Hendrick 1988) wurde die Partnerschaftszufriedenheit der Eltern erhoben. Die RAS ist eine 5-stufige Kurzska (1=sehr unzufrieden bis 5=zufrieden, bzw. 1=schlecht bis 5=gut, bzw. 1=niemals bis 5=sehr oft) mit 7 Items, die aufgrund ihrer Kürze in einer Vielzahl von Untersuchungen zum Einsatz kommt. Im deutschen Sprachraum wurde die Skala von Sander und Böcker (1993) überprüft. Die interne Konsistenz der Skala liegt bei $\alpha=.89$. Für das vorliegende Projekt wurden drei zentrale Items dieser Skala zur Partnerschaftszufriedenheit erfragt.

Die verwendeten Items der Skala sind: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Beziehung; Wie gut ist Ihre Beziehung verglichen mit anderen; Wie gut kommt Ihr Partner Ihren Bedürfnissen entgegen?

8.1.2.4 Verhalten der Kinder

Die Eltern schätzten mit demselben Fragebogen die Stärken und Schwächen der Kinder ein wie die Lehrpersonen (vgl. Kapitel 7; The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ; Goodman 1997). Die für die Elternbefragung verwendete Kurzform erfragt 25 Items und weist eine Reliabilität von $\alpha=.85$ aus. Erhoben werden die Verhaltenskonstrukte prosoziales Verhalten sowie ein Gesamtproblemwert bzw. Unterskalen.

Die Cut-off-Werte wurden von den Fragebogenentwicklern für die Elterneinschätzung anders gewählt als für die Lehrpersoneneinschätzung, da die Eltern ihre Kinder tendenziell ausgeprägter bezüglich ihrer Stärken und Schwächen einschätzen als die Lehrkräfte (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Summenscores für die Verhaltenseinschätzung von Kindern - Strength and Difficulties Questionnaire SDQ - Elterneinschätzung

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensauffälligkeiten	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10

8.1.3 Stichprobe

In die vorliegende Analyse gehen die N=771 Eltern ein, welche den Fragebogen zu T1 ausgefüllt haben (vgl. 6.2.5.3) hinsichtlich ihres Erziehungsverhaltens, ihrer psychischen Gesundheit, Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit sowie der Einschätzung des Verhaltens und Wohlbefindens des eigenen Kindes.

8.1.4 Datenauswertung

Für die Teilfragestellungen, ob sich zwischen Eltern mit negativerem Erziehungsverhalten zum Messzeitpunkt T1 gegenüber den Eltern mit positivem Erziehungsverhalten zum selben Zeitpunkt bezüglich der Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit differentielle Effekte ergeben, sowie auf Ebene der Fremd- und Selbsteinschätzung der Kinder, sollten Gruppen von Fällen gebildet werden. Statistisch gibt es mehrere Möglichkeiten, anhand von vorgegebenen Variablen Gruppen von Fällen zu bilden: Univariat (z.B. Extremgruppen auf einem Merkmal), bivariat (z.B. Mediansplit von zwei Merkmalen, mit Kreuzung zu vier Typen) oder multivariat (z.B. mittels Clusteranalytischen Verfahren, vgl. Robins et al. 1998). Im vorliegenden Fall, bei dem eine Typologie, beruhend auf vier Indikatoren, gebildet werden soll, bietet sich die Clusteranalyse an. Hierbei sollen Mitglieder einer Gruppe möglichst ähnliche Variablenausprägungen aufweisen bei gleichzeitig höchstmöglicher Heterogenität zwischen den Gruppen (vgl. Bortz 1993).

Der Clusteranalyse vorangehend wurden mittels single-linkage-Verfahren (Distanzmass: Quadrierte Euklidische Distanz) multivariate Outlier identifiziert, es sind von den anderen Gruppen bzw. Fällen weit entfernte Einzelfälle bzw. kleine Gruppen und nicht repräsentativ für die Cluster von Fällen mit kleinen Distanzen zu den jeweiligen Clusterzentren (vgl. Backhaus et al., 2000: 358). Vier Fälle wurden aus der vorliegenden Analyse ausgeschlossen, da sie als Ausreisser identifiziert wurden.

Danach konnte die Clusteranalyse mit dem Ward-Algorithmus durchgeführt werden (für die Verfahren vgl. Backhaus et al. 2000, Wiedenbeck & Züll 2001).

8.2 Ergebnisse: Clusterbildung und -analyse für ESSKI-Erziehungs-Typologien

688 gültige Fälle sind in die Clusteranalyse eingegangen, alle mit gültigen Werten auf den vier Skalen des Erziehungsverhaltens: Nachsicht, Überreaktion, förderndes Erziehungsverhalten und Selbstwirksamkeit. Die Reliabilität der vier Erziehungsskalen kann dabei als gut bezeichnet werden (FZEV $\alpha=.83$; VER $\alpha=.92$; Nachsicht $\alpha=.77$; Überreagieren $\alpha=.74$).

8.2.1 Erziehungscluster der ESSKI-Familien

Die Entwicklung der Abweichung innerhalb der Gruppen kann mit dem Ward-Algorithmus bezüglich der Heterogenitätszunahme bestimmt werden (Elbow-Kriterium). Die Entwicklung der Abweichung innerhalb der Gruppen sowie die Verteilung der Stichprobe auf ähnlich grosse Gruppen mit hoher Homogenität, legt eine 3-Cluster-Lösung nahe.

In Tabelle 16 ist detailliert dargestellt, wie viele Personen bzw. Prozentanteile in den jeweiligen Clustern zusammengefasst sind.

Tabelle 16: Verteilung der drei Erziehungsverhaltens-Cluster

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	205	26.6	29.8	29.8
	2	300	38.9	43.6	73.4
	3	183	23.7	26.6	100.0
	Gesamt	688	89.2	100.0	
Fehlend	System	83	10.8		
Gesamt		771	100.0		

Cluster zwei ist das grösste Cluster, Cluster eins und drei beinhalten weniger Familien der Gesamtstichprobe. Inhaltlich verteilen sich die z-Werte der vier Skalen auf die drei Cluster gemäss nachfolgender Abbildung 8.

Inhaltliche Darstellung der 3-Cluster-Lösung zum elterlichen Erziehungsverhalten

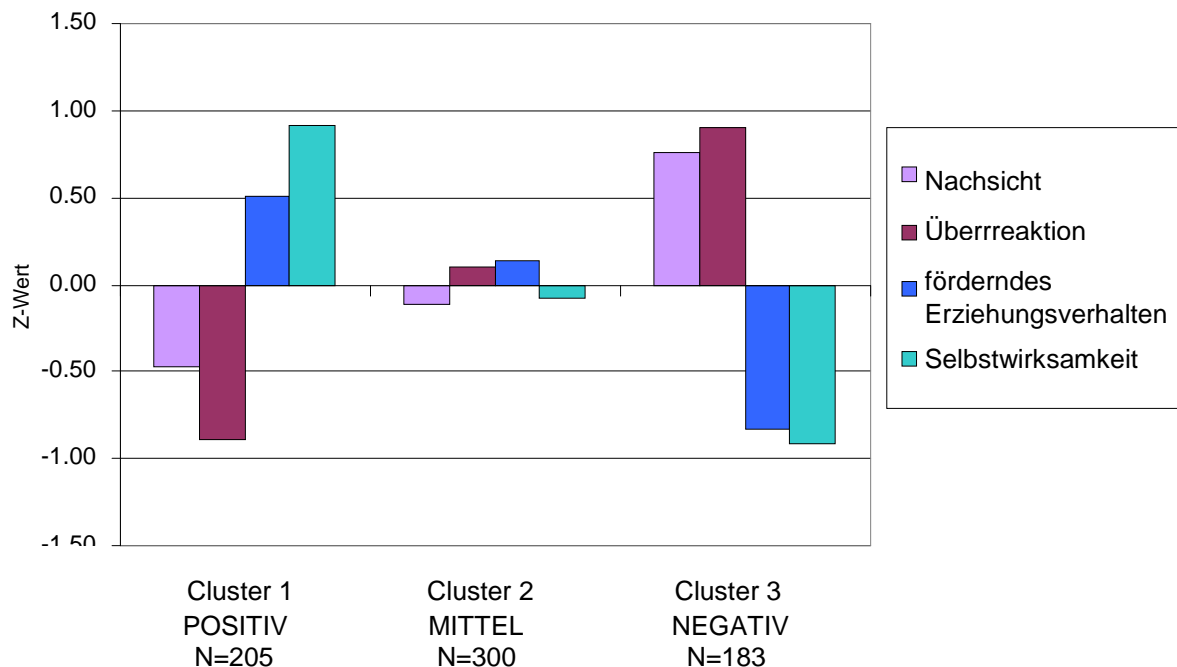


Abbildung 8: Erziehungsverhalten in den vier Kontexten nach Clusterzugehörigkeit

Im ersten Cluster (POSITIV) befinden sich von den N=688 zu T1 befragten Erziehungsberechtigten N=205. Es zeichnet sich durch tiefe Werte auf den Skalen Nachsichtigkeit und Überreaktion und hohe Werte in den Skalen förderndes Erziehungsverhalten und Selbstwirksamkeit aus. Wie in Kapitel 3.3.2

gezeigt werden konnte, kann dieses Erziehungsverhalten als positiv bewertet werden, da die Eltern durch förderndes Erziehungsverhalten dem Kind Raum zur eigenen Entwicklung lassen, es dabei aber auch nicht mit Gleichgültigkeit oder einem Übermass an Strenge behandeln. Zudem haben diese Erziehungsberechtigten das Gefühl, mit ihren Interventionen wirksam sein zu können.

Ein im Vergleich zur Gesamtstichprobe eher durchschnittliches Erziehungsverhalten zeichnet die in Cluster zwei (MITTEL) zusammengefassten Eltern aus. Dies ist das grösste der drei Cluster mit N=300 Eltern. In diesen Familien neigen die Eltern eher zur Überreaktion als zur Nachsicht. Die besten Werte erzielen die Erziehungsberechtigten auf der Skala förderndes Erziehungsverhalten. Ihre Überzeugung, dass ihre Taten wirksam sind im Erziehungskontext, liegt etwas unter Durchschnitt.

Das dritte Cluster (NEGATIV) zeigt das negativste Bild der Stichprobe bezüglich des Erziehungsverhaltens: Hier sind die Werte im Vergleich zur Gesamtstichprobe überdurchschnittlich hinsichtlich Nachsichtigkeit und Überreaktion in der Erziehung (sind jedoch knapp nicht als auffällig dysfunktionale Erziehungspraktiken einzustufen) bei gleichzeitigen Defiziten hinsichtlich förderndem Erziehungsverhalten und dem Glauben, mit dem eigenen Handeln im Erziehungskontext auch wirklich wirksam zu sein.

Nachfolgend werden die Cluster mittels einer deskriptiven Analyse näher beschrieben.

8.2.2 Ausfallanalyse: Von Clusterbildung ausgeschlossene Fälle

Die vom System ausgeschlossenen Fälle (N=83) kommen aufgrund von unregelmässigem Beantwortungsverhalten von Eltern bezüglich der Erziehungsskalen zu Stande. Die Kürze der beiden Skalen EFB-K und FZEV legen nahe, nur diejenigen Fälle zu berücksichtigen, welche alle Werte auf den Items haben. Bei der VER-Skala mit 28 Items wurde geprüft, ob bei der Berücksichtigung von Fällen mit nur 24 von 28 beantworteten Items weniger Missings auftreten. Dies war nicht der Fall, weshalb bei Missings auf einem Item aller vier Skalen auf die Berücksichtigung des Falles verzichtet wurde (listwise deletion). Dieses Vorgehen hat den Nachteil, dass ein Teil der Daten ungenutzt bleibt und somit die Teststärke der Analysen reduziert wird, sollten die ausfallenden Personen sich nicht zufällig ergeben.

Um ein genaueres Bild der 83 Fälle zu erhalten, welche nicht in die Clusterbildung eingegangen sind, wurde mittels Varianzanalysen geprüft, ob sie sich in wichtigen soziodemographischen Variablen unterscheiden. Getestet wurden die Variablen *Zivilstand*, *höchster Bildungsstand Familie*, *Geschlecht*, *Alter des befragten Elternteils*, *Anzahl Kinder in der Familie*, *Dauer der Partnerschaft* und *Partnerschaftsstatus*, *Nationalität* sowie *Gruppenzugehörigkeit*. Unterschiede konnten bei drei Variablen gefunden werden, wie Tabelle 17 zeigt:

Tabelle 17: Unterschiede soziodemographischer Merkmale zwischen Familien in Clustern und von Berechnung ausgeschlossenen Familien

Soziodemographische Merkmale	N	Chi2 (df)	Sig.
Zivilstand	763	5.535 (1)	.019
Höchster Bildungsstand Familie	768	16.252 (4)	.003
Nationalität (dichotomisiert)	771	10.469 (1)	.001

Anhand der Ermittlung von standardisierten Residuen kann berechnet werden, wie stark beobachtete und erwartete Häufigkeiten voneinander abweichen (stand. Residuen $\geq 2,0$ zeigen eine signifikante, solche $\geq 2,6$ eine sehr signifikante und solche $\geq 3,3$ eine höchst signifikante Abweichung). Die beiden Gruppen unterscheiden sich in Bezug auf den *Zivilstand*: Nicht-verheiratete Personen sind in der ausgeschlossenen Gruppe deutlich übervertreten (22.5% vs. 12.9% in der Clustergruppe; $z_{resid}=2.1$), der *höchste Bildungsstand der Familie* ist deutlich geringer in der Ausfallgruppe (20.5% vs. 7.9%; $z_{resid} 2.4$) und Nicht-Schweizer entfallen prozentual mehr auf die Ausfallgruppe als auf die Clustergruppe (25.3% vs. 12.4%; $z_{resid}=2.8$).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass diejenigen Familien, welche aufgrund der fehlenden Werte auf den Items der vier Erziehungsskalen von der Clusterbildung ausgeschlossen wurden, tendenziell schlechter gebildet sowie nicht schweizerischer Herkunft sind und eher in unverheiratetem Status leben.

8.2.3 Deskriptive Analyse der Cluster

Im Folgenden werden die drei Cluster hinsichtlich zweier Themenkomplexe mittels Varianzanalysen beschrieben, zum einen bezüglich der soziodemographischen Variablen, zum anderen hinsichtlich diverser Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Eltern (Selbsteinschätzung) und der Kinder (Fremdeinschätzung).

8.2.3.1 Soziodemographische Merkmale

In einem ersten Schritt wurden die Cluster darauf hin überprüft, ob sie sich in wichtigen soziodemographischen Variablen unterscheiden. Getestet wurden die Variablen *Zivilstand*, *höchster Bildungsstand Familie*, *Geschlecht*, *Alter des befragten Elternteils*, *Anzahl Kinder in der Familie*, *Erwerbstätigkeit von Mutter und Vater*, *Wohnsituation*, *Dauer Partnerschaft* und *Partnerschaftsstatus*, *Nationalität* sowie *Gruppenzugehörigkeit*. Zu erwarten ist, dass vor allem im Hinblick auf den höchsten Bildungsstand der Familie, eine ungleichmässige Verteilung über die Cluster vorliegt, dass also vor allem Familien mit weniger Bildungskapital in Cluster NEGATIV zu finden sind im Vergleich zum Cluster POSITIV. Dies aufgrund der im Theorieteil erörterten Ergebnisse des Teilprojekts NFP 52 zu den elterlichen Erziehungsstilen und Eltern-Kind-Beziehungen.

Keine Unterschiede von den erwarteten Werten zwischen den Clustern konnten bezüglich der Dimensionen *Zivilstand*, *höchster Bildungsstand Familie*, *Alter des befragten Elternteils*, *Anzahl Kinder in der Familie*, *Erwerbstätigkeit von Mutter und Vater*, *Wohnsituation*, *Dauer Partnerschaft* und *Partnerschaftsstatus*, *Nationalität* sowie *Gruppenzugehörigkeit* gefunden werden (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Unterschiede soziodemographischer Merkmale nach Clusterzugehörigkeit

Soziodemographische Merkmale	N	Chi2 (df)	Sig.
Zivilstand	683	.325 (2)	$p \geq .05$
Höchster Bildungsstand Familie	685	9.598 (8)	$p \geq .05$
Geschlecht	683	6.456 (2)	.040
Alter Elternteil	688	76.636 (74)	$p \geq .05$
Anzahl Kinder	686	9.990 (12)	$p \geq .05$
Erwerbstätigkeit Mutter	630	6.071 (6)	$p \geq .05$
Erwerbstätigkeit Vater	503	11.882 (6)	$p \geq .05$
Wohnsituation	668	1.102 (2)	$p \geq .05$
Dauer Partnerschaft	671	11.052 (10)	$p \geq .05$
Partnerschaftsstatus	662	6.974 (8)	$p \geq .05$
Nationalität (dichotomisiert)	688	4.929 (2)	$p \geq .05$
Gruppenzugehörigkeit	688	11.461 (6)	$p \geq .05$

Die Cluster unterscheiden sich nur in Bezug auf das Geschlecht des ausfüllenden Elternteils gemäss Chi-Quadrat-Test. Auf der Ebene der standardisierten Residuen findet sich aber kein solcher Unterschied (zresid zwischen -1.7 und 1.6).

8.2.3.2 Gesundheitsindikatoren der Eltern

Zur Validierung und Beschreibung der Cluster, die aufgrund des elterlichen Erziehungsverhaltens gebildet wurden, werden im Folgenden Analysen der elterlichen Gesundheit/des elterlichen Wohlbefindens dargestellt, mit statistischer Kontrolle der Variablen Geschlecht. Ziel ist es herauszufinden, in welchen zentralen Eigenschaften sich die in den drei Clustern zusammengefassten Eltern voneinander unterscheiden. Zentral stehen dabei die erhobenen Konstrukte zur psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation der befragten Eltern (Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit).

8.2.3.2.1 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Das im Rahmen der Befragungen zusammengefasste Konstrukt der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit setzt sich aus den Skalen Angst, Stress, Depression und Resilienz zusammen. Die internen Konsistenzen der Skalen sind mit Ausnahme der Angsskala als gut zu bezeichnen (Depression $\alpha = .86$; Stress $\alpha = .86$; Resilienz $\alpha = .89$): Die Angsskala weist mit $\alpha = .66$ im Gegensatz zu den erwarteten $\alpha = .84$ eine eher tiefe Reliabilität aus.

Die Analyse der Unterschiede zwischen den Clustern bezüglich der vier Dimensionen zeigt, dass sich die drei Cluster hochsignifikant unterscheiden (vgl. Tabelle 19). Welche Cluster sich dabei wie voneinander unterscheiden, zeigen die nachfolgenden Analysen.

Tabelle 19: Unterschiede der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit [†]	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Angst	674	34.607 (5/668)	.000
Depression	672	69.931 (5/666)	.000
Stress	660	71.058 (5/654)	.000
Resilienz	664	67.537 (5/658)	.000

[†] kontrolliert nach Geschlecht

In Abbildung 9 sind die Unterschiede abgebildet. Dabei zeigt es sich, dass die Eltern des Clusters POSITIV über eine höhere psychische Gesundheit verfügen, das heisst tiefere Werte auf den Skalen Angst, Depression und Stress sowie höhere Werte auf der Resilienzskala aufweisen. Mit der Abnahme von positivem Erziehungsverhalten der Cluster geht auch ein Verlust an psychischer Gesundheit und Widerstandsfähigkeit einher. Dies zeichnet sich durch eine Zunahme bei den Werten hinsichtlich Angst, Depression und Stress und einer Abnahme in der psychischen Widerstandsfähigkeit aus. Über die geringste psychische Gesundheit verfügen die Eltern im Cluster NEGATIV.

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit

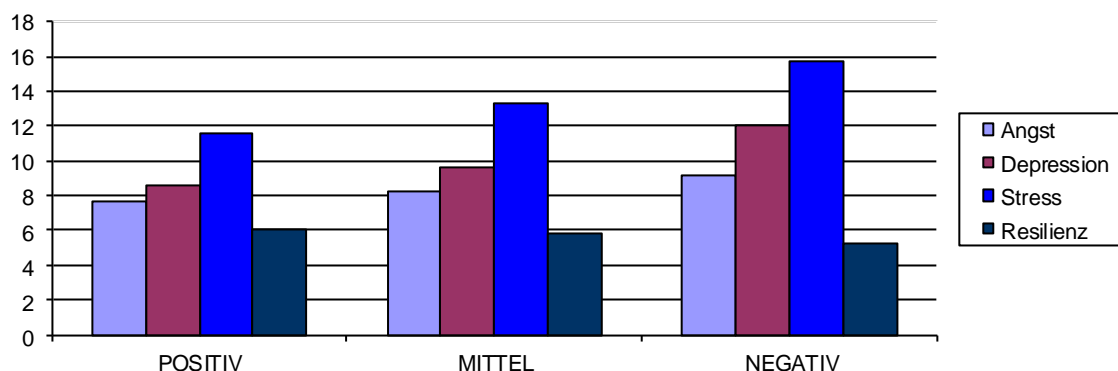


Abbildung 9: Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Summenscore) nach Clusterzugehörigkeit

Dabei sind diese Unterschiede höchst signifikant auf dem .001 Niveau (vgl. Tabelle 20). Hinsichtlich dem Konstrukt Stress zeigt sich zwischen Cluster POSITIV und MITTEL ein sehr signifikanter Unterschied auf dem Niveau $p < .01$.

Wie im theoretischen Teil dargelegt, hängen psychische Gesundheit der Eltern und kindliche Entwicklungschancen eng zusammen. Da auch negative Erziehungsstrategien einen negativen Einfluss auf das Aufwachsen von Kindern ausüben, ist diese Kumulation in den vorliegenden Clustern als besonders wegweisend einzuschätzen. Diejenigen Eltern, welche positiv erziehen, zeichnen sich durch ein besseres psychisches Wohlbefinden aus. Die in Cluster NEGATIV zusammengefassten Eltern verfügen über weniger positive Erziehungsstrategien und über eine geringere psychische Widerstandskraft als die Eltern aus den beiden anderen Clustern (MITTEL und POSITIV).

Tabelle 20: Gruppenunterschiede in den Konstrukten psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit	A POSITIV	B MITTEL	C NEGATIV	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Angst ¹	7.657 (1.169)	8.213 (1.683)	9.147 (2.355)	A<B**, A<C***, B<C***
Depression ²	8.623 (2.356)	9.571 (2.505)	11.989 (3.802)	A<B**, A<C***, B<C***
Stress ³	11.518 (3.202)	13.325 (3.272)	15.716 (3.793)	A<B**, A<C***, B<C***
Resilienz ⁴	6.097 (.815)	5.848 (.684)	5.199 (.844)	A>B**, A>C***, B>C***

¹⁻³ je tiefer die Werte, desto weniger Angst, Depression bzw. Stress

⁴ Wertebereich 1-7; je höher die Werte, desto mehr Resilienz

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, + p≥.05

8.2.3.2.2 Zufriedenheit der Eltern

Die Elternzufriedenheit wird mit den Skalen Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit gemessen. Beide Skalen weisen eine gute Skalenhomogenität aus ($\alpha=.85$ bzw. $\alpha=.84$).

Auch hinsichtlich der Elternzufriedenheit, gemessen an ihrer Zufriedenheit mit der Partnerschaft und dem eigenen Leben, zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den drei Clustern (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Unterschiede der Elternzufriedenheit nach Clusterzugehörigkeit

Zufriedenheit der Eltern ¹	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Partnerschaftszufriedenheit	637	28.611 (5/631)	.000
Lebenszufriedenheit	675	69.915 (5/669)	.000

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Die Verteilung der Zufriedenheit auf die Cluster findet sich in nachfolgender Abbildung (vgl. Abb. 10). Auch hier zeigt sich die höchste Zufriedenheit der Eltern im Cluster POSITIV und die geringste Zufriedenheit, sowohl mit der Partnerschaft als auch mit dem Leben an sich, im Cluster NEGATIV. Beide Zufriedenheitswerte nehmen dabei von Cluster eins bis Cluster drei kontinuierlich ab.

Elternzufriedenheit nach Clusterzugehörigkeit

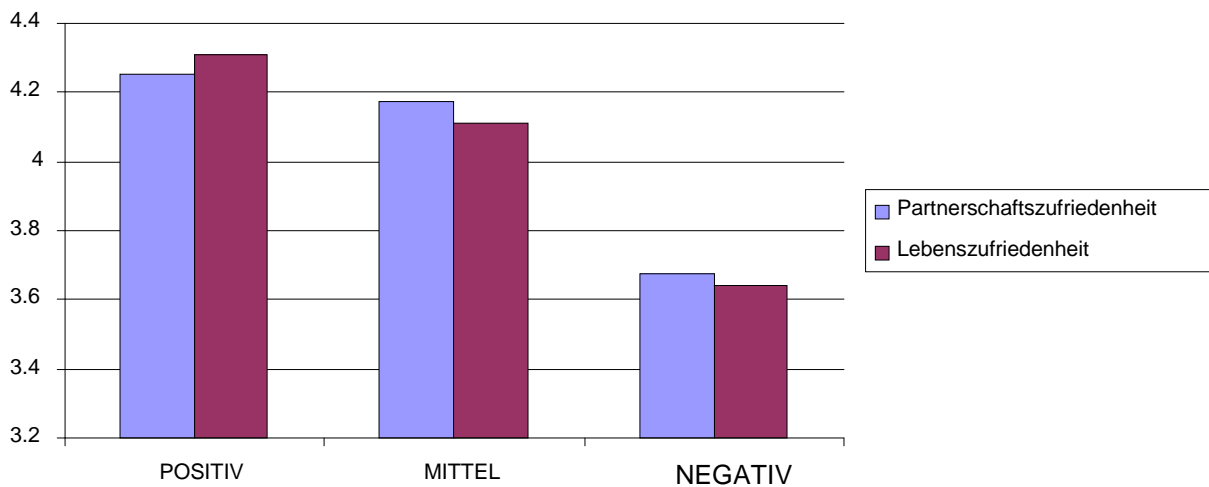


Abbildung 10: Zufriedenheit der Eltern nach Clusterzugehörigkeit

Hinsichtlich der Partnerschaftszufriedenheit unterscheiden sich aber die Cluster POSITIV und MITTEL nicht signifikant, sehr wohl aber die beiden Cluster POSITIV-NEGATIV sowie MITTEL-NEGATIV. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit unterscheiden sich die Cluster alle hochsignifikant (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Gruppenunterschiede in den Konstrukten Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit nach Clusterzugehörigkeit

Zufriedenheit der Eltern	A POSITIV	B MITTEL	C NEGATIV	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Partnerschaftszufriedenheit ¹	4.251 (.773)	4.175 (.724)	3.673 (.945)	A>B+, A>C***, B>C***
Lebenszufriedenheit ²	4.307 (.517)	4.109 (.515)	3.642 (.687)	A>B***, A>C***, B>C***

¹ Wertebereich 1-5, höhere Werte bedeuten mehr Partnerschaftszufriedenheit

² Wertebereich 1-5, höhere Werte bedeuten mehr Lebenszufriedenheit

*** p<.001, ** p <.01, * p<.05, + p<.10

8.2.3.3 Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Das Konstrukt der Stärken und Schwächen der Kinder setzt sich aus zwei Skalen zusammen: Dem prosozialen Verhalten ($\alpha=.68$) und dem Gesamtproblemwert ($\alpha=.81$) der Kinder. Der Gesamtproblemwert wird über die Summe von vier Unterskalen ermittelt: dies sind Verhaltensprobleme allgemein ($\alpha=.59$) aber auch mit Gleichaltrigen ($\alpha=.63$), Hyperaktivität ($\alpha=.77$) und emotionale Probleme ($\alpha=.68$). Die Analyse der Unterschiede zwischen den Clustern zeigt, dass sich die drei Cluster hinsichtlich der zwei Skalen

hochsignifikant unterscheiden (vgl. Tabelle 23) und auch hochsignifikante Unterschiede in den Unterskalen festzustellen sind. Welche Cluster sich dabei wie voneinander unterscheiden, zeigen die nachfolgenden Analysen.

Tabelle 23: Unterschiede der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit

Kindliche Stärken und Schwächen ¹	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Prosoziales Verhalten	674	21.949 (5/668)	.000
Gesamtproblemverhalten	667	35.098 (5/661)	.000
Verhaltensprobleme	676	32.762 (5/670)	.000
Verhaltensprobleme Gleichaltrige	677	7.115 (5/671)	.001
Hyperaktivität	676	15.926 (5/670)	.000
Emotionale Probleme	679	20.134 (5/673)	.000

¹ kontrolliert nach Geschlecht

In Abbildung 11 zeigt sich eine Abnahme des prosozialen Verhaltens der Kinder mit abnehmender Erziehungsfertigkeit der Eltern. Gleichzeitig steigt der Gesamtproblemwert von den Skalen POSITIV über MITTEL bis NEGATIV kontinuierlich an. Das bestätigt den im theoretischen Teil dargestellten Transaktionszyklus des Eltern- und Kindverhaltens. So zeigt vor allem das kindliche Problemverhalten im Cluster drei mit den negativsten Erziehungsstilen ein starkes Anwachsen der kindlichen Verhaltensprobleme, dies sowohl im Gesamtproblemwert als auch in den Subskalen. Dieser Trend ist auch in den übrigen Unterskalen des Problemverhaltens nachweisbar. Insbesondere in den Skalen Hyperaktivität und emotionale Probleme kann dieser Trend beobachtet werden.

Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit

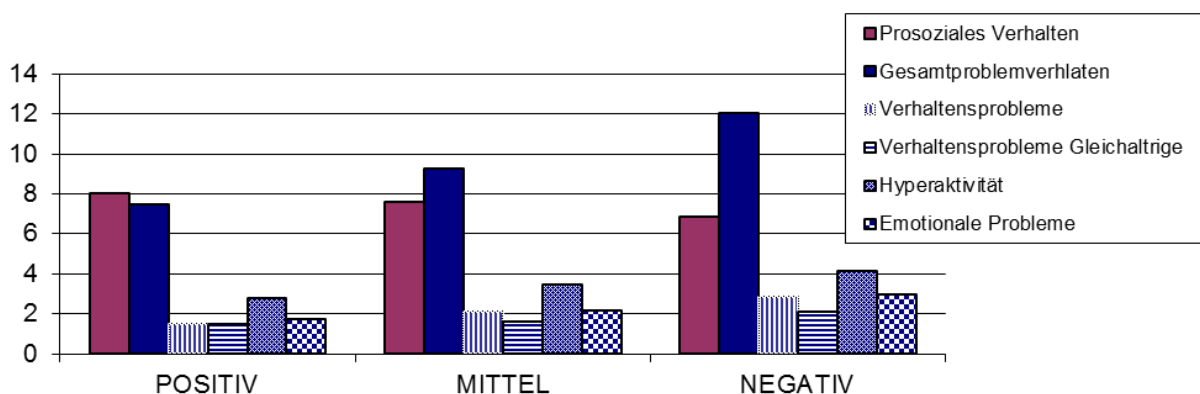


Abb. 11: Stärken und Schwächen der Kinder mit Schwächen-Unterskalen in der Einschätzung der Eltern (Mittelwerte der Summenscores)

Die drei Cluster unterscheiden sich hinsichtlich mehrerer Dimensionen signifikant bzw. hochsignifikant voneinander, sowohl in den Konstrukten prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten als auch in den Unterskalen (vgl. Tabelle 24). Nur bezüglich der Dimension Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen unterscheiden sich die beiden Cluster POSITIV und MITTEL nicht überzufällig, dafür unterscheiden sich die Werte der Cluster POSITIV und NEGATIV hochsignifikant bzw. die beiden Cluster MITTEL und NEGATIV signifikant voneinander.

Die in Abbildung 11 dargestellten Ergebnisse und Unterschiede zwischen den drei Clustern mit unterschiedlicher Erziehungskompetenz sind demnach bis auf diese Ausnahme alle signifikant.

Tabelle 24: Gruppenunterschiede in den Konstrukten Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit

Kindliche Stärken und Schwächen	A POSITIV	B MITTEL	C NEGATIV	Gruppen- unterschiede (Scheffé) ⁷
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Prosoziales Verhalten ¹	8.040 (1.634)	7.578 (1.770)	6.842 (1.897)	A>B**, A>C***, B>C***
Gesamtproblemverhalten ²	7.473 (4.555)	9.287 (5.450)	12.023 (5.693)	A<B**, A<C***, B<C***
Verhaltensprobleme ³	1.473 (1.353)	2.091 (1.668)	2.805 (1.768)	A<B***, A<C***, B<C***
Verhaltensprobleme Gleichaltrige ⁴	1.451 (1.684)	1.588 (1.758)	2.095 (1.835)	A<B+, A<C**, B<C*
Hyperaktivität ⁵	2.791 (1.997)	3.464 (2.431)	4.133 (2.416)	A<B**, A<C***, B<C*
Emotionale Probleme ⁶	1.729 (1.875)	2.172 (1.885)	2.978 (2.135)	A<B*, A<C***, B<C***

¹ Wertebereich 0-10: je höher der Wert, desto unauffälliger

² Wertebereich 0-40: je tiefer der Wert, desto unauffälliger

³ Wertebereich 0-10: je tiefer der Wert, desto unauffälliger

⁴ Wertebereich 0-10: je tiefer der Wert, desto unauffälliger

⁵ Wertebereich 0-10: je tiefer der Wert, desto unauffälliger

⁶ Wertebereich 0-10: je tiefer der Wert, desto unauffälliger

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, + p>.05

Diese Ergebnisse bestärken den Eindruck des genannten Transaktionszyklus in der Eltern-Kind-Beziehung und weisen auf die Relevanz elterlichen Erziehungsverhaltens auf Verhaltensauffälligkeiten und Sozialkompetenzen von Kindern hin.

8.3 Zusammenfassung

Die Clusterbildung hat einen gezielten Blick auf das Erziehungsverhalten der an der Evaluation teilnehmenden Eltern ermöglicht. Bei der Analyse zwischen denjenigen Eltern, deren Daten in die Clusteranalyse eingegangen sind, und den 83 Familien, die aufgrund fehlender Daten auf den Skalen des Erziehungsverhaltens von der Clusterbildung ausgeschlossen blieben, hat es sich gezeigt, dass die Eltern in den Clustern

über eine tendenziell höhere Schulbildung verfügen, eher schweizerischer Herkunft sind und in der Tendenz eher in verheiratetem Status leben.

Die Analyse der drei Cluster untereinander hat gezeigt, dass sich die drei Erziehungscluster, mit Ausnahme des Geschlechts der ausfüllenden Person, nicht überzufällig voneinander unterscheiden. Getestet wurde bezüglich der sozioökonomischen und persönlichen Variablen wie Bildung (höchster Bildungsstand Familie), Alter ausfüllender Elternteil, Anzahl Kinder, Zivilstand, Erwerbstätigkeit (in Prozenten), Wohnsituation, Dauer der Partnerschaft, Partnerschaftsstatus und Nationalität. Gerade im Hinblick auf die Befunde aus der Nationalfondstudie NFP52 überrascht es, dass sich die Cluster hinsichtlich des höchsten familialen Bildungsstands nicht voneinander unterscheiden.

Doch in den zentralen Konstrukten der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, in der Elternzufriedenheit und im Kindverhalten zeichnet sich ein deutliches Bild ab. In denjenigen Familien, welche sich durch ein im Vergleich zur Gesamtstichprobe positives Erziehungsverhalten auszeichnen, verfügen die ausfüllenden Elternteile über weniger Angst, Depressionsneigung und Stress, bei gleichzeitiger Überlegenheit in den Werten zur psychischen Widerstandsfähigkeit. Auch sind diese Eltern nach eigener Aussage zufriedener sowohl mit ihrem Leben als auch mit ihrer Partnerschaft. Das umgekehrte Bild zeigt sich bei denjenigen Eltern, welche im Vergleich zur Gesamtstichprobe das unvorteilhafteste Erziehungsverhalten an den Tag legen. Die Eltern dieses Clusters verfügen über eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, sind im Allgemeinen weniger zufrieden mit ihrem Leben und der gegenwärtigen Partnerschaft. Dieser Befund überrascht vor allem, da sich die drei Cluster nicht hinsichtlich des Partnerschaftsstatus (in Krise, in Trennung) unterscheiden. Somit zeigt sich grundsätzlich eine geringere Zufriedenheit, unabhängig vom Partnerschaftsstatus, der Dauer der Partnerschaft und der Wohnsituation.

Auch hinsichtlich des kindlichen Problemverhaltens und des prosozialen Verhaltens der Kinder aus dem Projekt ESSKI zeigen sich signifikante bzw. hochsignifikante Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Clustern. Je höher die Erziehungskompetenz der Eltern, desto weniger Schwächen und mehr Stärken berichten die Eltern der Kinder. Diese Ergebnisse bestätigen den im theoretischen Teil erörterten Transaktionszyklus in der Eltern-Kind-Beziehung und weisen auf die Relevanz elterlichen Erziehungsverhaltens auf Verhaltensauffälligkeiten und Sozialkompetenzen von Kindern hin.

Im Cluster NEGATIV kann zum Messzeitpunkt T I eine Kumulation von Unterversorgungslagen in den Familien festgestellt werden (tiefere Erziehungskompetenz gepaart mit schlechterer psychischer Gesundheit, negativere Wahrnehmung der Lebens- und Partnerschaftssituation und herausforderndere Verhaltensweisen von Kindern). Wie sich die Cluster durch die Interventionen und über die Zeit entwickeln, soll im Folgenden gezeigt werden.

9 Wirksamkeit von ESSKI in Abhängigkeit vom elterlichen Erziehungsverhalten

In diesem Kapitel sollen die Cluster über die drei Messzeitpunkte hinweg analysiert werden und zwar hinsichtlich der Eltern- und Kinddaten (Elterneinschätzung). Diese Analysen beantworten die dritte Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit:

- I. Kann die Gruppe Familien mit tieferen Ausgangswerten in ihrer Erziehungskompetenz ebenso von den ESSKI-Interventionen profitieren wie diejenigen Eltern, deren Erziehungsverhalten als positiv einzuschätzen ist, und welche Interventionen sind besonders unterstützend?**

Zur Beantwortung der Hauptfragestellung III. sollen drei Teilfragestellungen beantwortet werden:

- (1) Unterscheidet sich die Drop-out-Quote zwischen den Clustern, und welche Eltern ziehen sich über die verschiedenen Messzeitpunkte von der schriftlichen Befragung des Projekts zurück? (Kapitel 9.1)
- (2) a. Wie verändern sich die Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Elternzufriedenheit, kindliches Wohlbefinden und Verhalten (Fremdeinschätzung) der Kinder der einzelnen - aufgrund ihrer Ausgangserziehungskompetenz gebildeten - Gruppen differenziell über die drei Messzeitpunkte?
b. Gibt es Unterschiede in der Kompetenzzunahme und Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden zwischen den unterschiedlichen Erziehungsclustern über die Projektlaufzeit? (Kapitel 9.2)
- (3) Gibt es innerhalb der Cluster Unterschiede in der Veränderung der genannten Zielvariablen über die Zeit hinsichtlich der Interventionsart (Schule, Schule-Elternhaus, Elternhaus, Kontrollgruppe)? (Kapitel 9.3)

Entlang dieser drei Unterfragestellungen sind die folgenden Unterkapitel aufgebaut.

9.1 Ausfallanalyse: Elternteilnahme über die Projektlaufzeit in den drei Clustern

Bevor die Veränderungen der Werte auf den Zieldimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Elternzufriedenheit und kindliche Stärken und Schwächen über die drei Messzeitpunkte hinweg analysiert werden können, soll geprüft werden, ob sich hinsichtlich des Ausfalls über die Projektlaufzeit eine Systematik nachweisen lässt. Wie es sich aus dem Projektverlauf gezeigt hat, sind vor allem Eltern aus dem Programm *Triple P* ausgestiegen, welche aufgrund kurzer Erfahrungen mit dem Programm zu Beginn der Intervention davon überzeugt waren, nichts Neues mehr lernen zu können. Andererseits zeigt sich aber auch aus der Elternbildungsforschung, dass es insbesondere auch Eltern mit eher negativen Erziehungsmustern sind, die vorzeitig aus dem Programm ausscheiden.

Aus diesem Grund soll an dieser Stelle die erste Teilfragestellung der Hauptfragestellung III. beantwortet werden, nämlich:

- (I) Unterscheidet sich die Drop-out-Quote zwischen den Clustern und welche Eltern ziehen sich über die verschiedenen Messzeitpunkte von der schriftlichen Befragung des Projekts zurück?

9.1.1 Ausfall in der Cluster-Stichprobe zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2

Der Ausfall zwischen Prä- und Postmessung ist $N=183$, bezogen auf die Ausgangsstichprobe ($N=771$; 24%). Davon entfallen $N=150$ auf die drei Cluster. Die Ausfälle verteilen sich über die Cluster gemäss ihren Anteilen gleichmässig (vgl. Tabelle 25). Anteilsmässig die meisten Ausfälle finden sich in Cluster POSITIV mit der höchsten Erziehungskompetenz und höchsten psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie der am höchsten ausfallenden Elternzufriedenheit. Im Cluster NEGATIV und MITTEL fehlen dabei anteilmässig weniger Familiendaten.

Tabelle 25: Ausfall der Cluster zwischen T1 und T2

Cluster	Anzahl Familien zu T1 bzw. T2		Ausfall zwischen T1 vs. T2	
	N=	N=	N=	%
POSITIV	205	149	56	27%
MITTEL	300	243	57	19%
NEGATIV	283	146	37	20%
Gesamt	688	538	150	22%

Eine detaillierte Stichprobenbeschreibung der Cluster bezüglich des Geschlechts, der Anzahl Kinder in der Familie, des Zivilstands, der Familienwohnsituation, der Partnerschaftsdauer, des Partnerschaftsstatus sowie der Nationalität des ausfüllenden Elternteils über die Laufzeit von Prä- und Postmessung hat ergeben, dass der Ausfall der Eltern sich ziemlich regelmässig auf die einzelnen soziodemographischen Personengruppen verteilt (vgl. Anhang B). Die kleinen Unterschiede zeigen, dass es anteilmässig tendenziell eher Elternteile weiblichen Geschlechts, mit Schweizer Nationalität und mit drei und mehr Kindern sind, welche in der Clusterstichprobe zwischen Prä- und Postmessung verbleiben.

9.1.2 Ausfall in der Cluster-Stichprobe zwischen den Messzeitpunkten T1 und T3

Zu T3 zeigt sich ein geringerer Ausfall in der Ausgangsstichprobe als zwischen T1 und T2 ($N=71$). Davon entfallen $N=59$ auf die drei Cluster. Wiederum verteilen sich die Ausfälle zwischen T1 und T3 regelmässig auf die drei Cluster, wobei es auch zum Follow-up wiederum diejenigen Eltern mit den besten Ausgangswerten (Cluster POSITIV) sind, welche anteilmässig mehr aus der Fragebogenerhebung ausscheiden als die Eltern aus Cluster MITTEL und NEGATIV (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Ausfall der Cluster zwischen T1 und T3

Cluster	Anzahl Familien zu T1 bzw. T3		Ausfall zwischen T1 vs. T3	
	N=	N=	N=	%
POSITIV	205	134	71	35%
MITTEL	300	217	83	28%
NEGATIV	183	128	55	30%
Gesamt	688	479	209	30%

Auch die detaillierte Stichprobenbeschreibung der Cluster bezüglich des Geschlechts, der Anzahl Kinder in der Familie, des Zivilstands, der Familienwohnsituation, der Partnerschaftsdauer, des Partnerschaftsstatus sowie der Nationalität des ausfüllenden Elternteils über die Laufzeit von Prä- und Follow-up-Messung hat ergeben, dass es in der prozentualen Verteilung der soziodemographischen Personengruppen Unterschiede zwischen der Clusterstichprobe zu T1 und T3 gibt (vgl. Anhang B). Auch hier gilt - sollen Unterschiede definiert werden – dass es tendenziell eher Frauen mit drei und mehr Kindern sind, welche im Erhebungszeitraum Prämessung und Follow-up in der Clusterstichprobe verbleiben. Zudem verbleiben anteilmässig weniger Personen aus dem osteuropäischen Raum, solche mit partnerschaftlichen Veränderungsprozessen (Heiratspläne bzw. in Scheidung) und ledige Personen bis zum Messzeitpunkt T3 in der Studie.

9.1.3 Zusammenfassung

Insgesamt sind zwischen T1 und T3 254 Familien aus der Studie ausgeschieden, davon sind 209 Familien, deren Daten in die Clusteranalyse eingegangen sind. Die detaillierte Stichprobenanalyse hat gezeigt, dass anteilmässig vor allem Familien aus der Stichprobe ausscheiden, deren Daten nicht in die Clusteranalyse eingegangen sind.

Von der Clusterstichprobe sind es anteilmässig tendenziell eher die ausfüllenden Personen männlichen Geschlechts, Familien mit zwei oder weniger Kindern und mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft, welche über die drei Messzeitpunkte aus der Studie ausscheiden. Dabei bleibt die Verteilung sowohl in der Gesamtsclusterstichprobe als auch in den Einzelclustern anteilmässig relativ ausgeglichen. Diese Ergebnisse bestätigen die zu T1 angestellte Analyse hinsichtlich der zentralen soziodemographischen Variablen, welche eine gleichmässige Verteilung über die drei Cluster ergeben hat.

Diese Stichprobenentwicklung kann als sehr positiv eingeschätzt werden, verblieben prozentual allein erziehende Eltern, Eltern in Trennung und Scheidung (zumindest zu T2) sowie in Krise gleich häufig in der Stichprobe wie Eltern ohne diese spezifischen Familienbelastungen.

9.2 Differentielle Veränderung der Zieldimensionen nach Clusterzugehörigkeit

In diesem Unterkapitel soll folgende Teilfragestellung einer Beantwortung zugeführt werden:

- (2) a. Wie verändern sich die Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Elternzufriedenheit, kindliches Wohlbefinden und Verhalten (Fremdeinschätzung) der Kinder der einzelnen - aufgrund ihrer Ausgangserziehungskompetenz gebildeten - Gruppen differentiell über die drei Messzeitpunkte?
- b. Gibt es Unterschiede in der Kompetenzzunahme und Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden zwischen den unterschiedlichen Erziehungsclustern über die Projektlaufzeit?

Es geht im Folgenden also darum zu analysieren, ob sich erstens die Eltern innerhalb der drei Cluster über die drei Messzeitpunkte verändern und ob sie eine Veränderung im Verhalten der eigenen Kinder wahrnehmen sowie zweitens, ob sich die drei Cluster in ihrem Veränderungsverhalten signifikant voneinander unterscheiden. Wenn signifikante Unterschiede gefunden werden können, weist das darauf hin, dass Eltern (bzw. Kinder), abhängig von der Qualität ihres Erziehungsverhaltens, unterschiedlich von den ESSKI-Interventionen profitieren konnten.

9.2.1 Datenauswertung

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden die Daten mittels Changevariablen und univariaten Varianzanalysen analysiert. Für diese Analysen wurden aus den Differenzwerten von T1 und T2 (rechnerisch: $T2-T1$) bzw. T1 und T3 (rechnerisch $T3-T1$) Changevariablen gebildet, um mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse (UNIANCOVA), unter statistischer Kontrolle der Variablen Geschlecht, die Veränderung auf den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit der Eltern und positives bzw. negatives Verhalten der Kinder abbilden zu können.

In diese Analysen gehen die Daten aller $N=688$ Eltern bzw. derjenigen Eltern ein, welche auch zu T2 ($N=538$) bzw. T3 ($N=479$) geantwortet haben, unabhängig von ihrer Untersuchungsgruppenzugehörigkeit. Über die Ergebnisse der differenzierten Analyse nach Interventionsgruppen- sowie Clusterzugehörigkeit und die Veränderung über die Zeit in den einzelnen Gruppen wird in Kapitel 9.3 berichtet.

9.2.2 Ergebnisse

9.2.2.1 Veränderung der Gesundheitsindikatoren der Eltern nach Clusterzugehörigkeit

Zur Beschreibung der Veränderung der genannten Dimensionen in den Clustern werden im Folgenden Analysen der elterlichen Gesundheit/des elterlichen Wohlbefindens dargestellt. Ziel ist es herauszufinden, in welchen zentralen Eigenschaften sich die in den drei Clustern zusammengefassten Eltern verändern, und ob sie sich in ihrem Veränderungsverhalten entsprechend ihrer Clusterzugehörigkeit voneinander unterscheiden. Zentral stehen dabei wiederum die zu allen drei Messzeitpunkten erhobenen Konstrukte zur psychischen Gesundheit (Depression, Angst, Stress) und Widerstandsfähigkeit sowie zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation der befragten Eltern (Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit).

9.2.2.1.1 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Das Konstrukt der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit ist zusammengesetzt aus den Skalen Angst, Stress, Depression und Resilienz. In Tabelle 27 sind die Anzahl Eltern der drei Cluster mit gültigen Werten auf den vier Skalen angegeben.

Tabelle 27: Verteilung der Eltern mit gültigen Werten auf den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die drei Cluster

	Angst (N=)		Depression (N=)		Stress (N=)		Resilienz (N=)	
Cluster	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
POSITIV (N=149 bzw. 134)	145	131	142	129	143	130	140	131
MITTEL (N=243 bzw. 217)	242	216	240	216	236	208	231	209
NEGATIV (N=146 bzw. 128)	142	122	142	121	135	118	135	118
Total (N=538 bzw. 479)	529	469	524	466	514	456	506	458

Als erstes soll der Fragestellung nachgegangen werden, ob sich eine Veränderung in den Clustern bezüglich dieser Dimensionen zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 abzeichnet. In Abbildung 12 sind die Veränderungswerte abgebildet. Die Eltern aus dem Cluster POSITIV verfügen über die besten Ausgangswerte bezüglich psychischer Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, scheinen aber über die Projektlaufzeit am wenigsten von den Interventionen zu profitieren. Es kann ein Regressionseffekt (Regression zur Mitte) beobachtet werden. Die tiefen Ausgangswerte auf den Skalen Depression und Stress nehmen über die Messzeitpunkte T1-T2-T3 zu und die hohen Ausgangsresilienzwerte ab.

In den beiden Clustern MITTEL und NEGATIV zeichnet sich eine gegenläufige Tendenz ab, wobei die Werte sich insbesondere bei den Eltern mit der negativsten Ausgangserziehungskompetenz am stärksten auf genannten Dimensionen verbessern. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass vor allem Eltern mit einem vergleichsweise problematischen Erziehungsverhalten von ESSKI profitiert haben bezüglich ihrer psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit. Bei den Eltern mit positivem Erziehungsverhalten kann sich auch eine Art Deckeneffekt eingestellt haben. Eine so starke Verbesserung wie bei den Clustern MITTEL und NEGATIV konnte aufgrund der höheren Ausgangswerte nicht erwartet werden. Trotzdem sind diese Veränderungen sehr vielversprechend, zeigt sich doch die Tendenz, dass es gerade Eltern sind, die es "nötig" haben, welche von der Intervention zu profitieren scheinen und sich zudem in der Tendenz auch vier Monate nach Abschluss der Interventionen (Follow-up) auf allen Skalen verbessert haben.

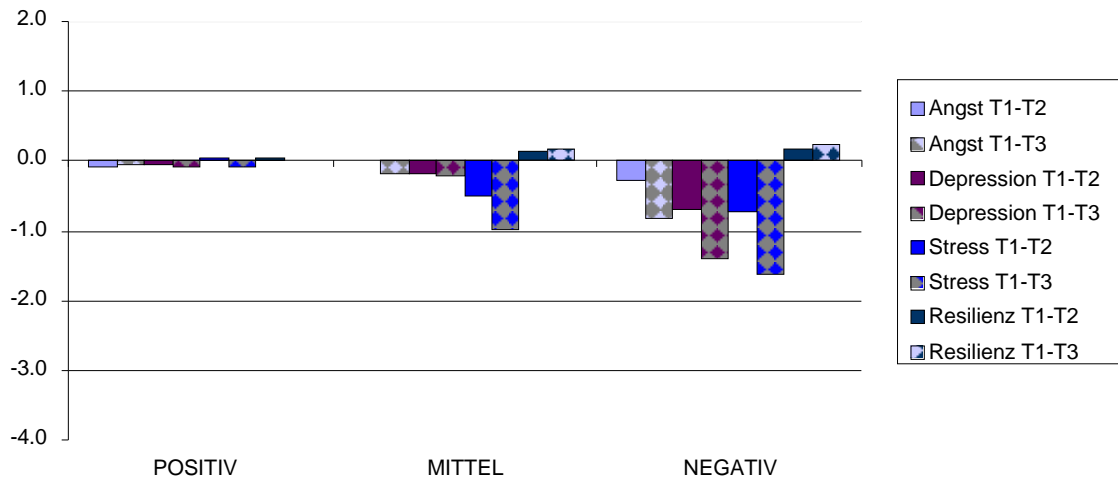
Veränderung psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit

Abbildung 12: Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) nach Clusterzugehörigkeit; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 25

Dass sich hier tendenzielle Unterschiede abbilden, kann obiger Abbildung entnommen werden. Doch es muss auch geprüft werden, ob diese Unterschiede überzufällig zu Stande gekommen sind. Das Konstrukt der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit zeigt bezüglich der Changevariablen T1-T2 keine Unterschiede zwischen den Clustern bezüglich ihrer Veränderung (vgl. Tabelle 28). Hingegen zeigen sich signifikante Unterschiede in den Changevariablen der beiden Messzeitpunkten T1 und T3 in den vier Dimensionen.

Tabelle 28: Differentielle Veränderung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Angst	529	1.545 (5/523)	.214	469	7.881 (5/463)	.000
Depression	524	2.119 (5/518)	.121	466	8.343 (5/460)	.000
Stress	514	1.726 (5/508)	.179	456	6.580 (5/450)	.002
Resilienz	506	1.001 (5/500)	.368	458	4.545 (5/452)	.011

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Dabei sind diese Unterschiede - wie aus Tabelle 29 ersichtlich wird - in der Dimension Stress zwischen Cluster POSITIV und NEGATIV sowie zwischen Cluster POSITIV und MITTEL auf dem .01 Niveau signifikant. Auch auf den Dimensionen Angst und Depression zeichnet sich eine sehr signifikante Veränderung zwischen T1 und T3 zwischen den Clustern POSITIV und NEGATIV sowie zwischen den Clustern MITTEL und NEGATIV ab. Bezüglich der Veränderung über die Zeit in Bezug auf das Konstrukt Resilienz findet sich zwischen den Clustern POSITIV und NEGATIV ebenfalls ein signifikanter Unterschied.

Tabelle 29: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Konstrukte psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Clusterzugehörigkeit

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit ¹				
Change T1-T2				
	A POSITIV	B MITTEL	C NEGATIV	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukt	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Angst	-.0966 (1.497)	.0165 (1.838)	-.2887 (2.126)	n.s.
Depression	-.0563 (2.215)	-.1792 (2.707)	-.6901 (3.673)	n.s.
Stress	.0350 (3.174)	-.4958 (3.785)	-.7407 (3.708)	n.s.
Resilienz	.0455 (.974)	.1338 (.574)	.1684 (.793)	n.s.
Change T1-T3				
Angst	-.0687 (1.388)	-.1898 (1.644)	-.8115 (1.955)	A<B+, A<C**, B<C**
Depression	-.1008 (2.267)	-.2222 (2.785)	-1.4132 (3.584)	A<B+, A<C**, B<C**
Stress	-.0769 (3.039)	-.9952 (3.642)	-1.6271 (3.454)	A<B+, A<C**, B<C+
Resilienz	-.0014 (.747)	.1744 (.595)	.2373 (.689)	A<B+, A<C*, B<C+

¹ kontrolliert nach Geschlecht

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, + p≥.05

9.2.2.1.2 Zufriedenheit der Eltern

Das Konstrukt der Elternzufriedenheit ist zusammengesetzt aus den Skalen Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit. In Tabelle 30 sind die Anzahl Eltern in den drei Clustern mit gültigen Werten auf den beiden Skalen angegeben.

Tabelle 30: Verteilung der Eltern mit gültigen Werten auf den Dimensionen Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit auf die drei Cluster

Cluster	Partnerschaftszufriedenheit (N=)		Lebenszufriedenheit (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
POSITIV (N=149 bzw. 134)	134	120	147	130
MITTEL (N=243 bzw. 217)	222	202	236	216
NEGATIV (N=146 bzw. 128)	132	119	140	124
Total (N=538 bzw. 479)	488	441	523	470

Die Verteilung der Changewerte bezüglich der Elternzufriedenheit auf die Cluster findet sich in nachfolgender Abbildung (vgl. Abb. 13; Tabelle 30). Die höchste Zufriedenheit zeigt sich zum ersten Messzeit-

punkt im Cluster POSITIV, mit abnehmender Elternzufriedenheit nach abnehmender Erziehungskompetenz. Die Zufriedenheit sowohl mit der Partnerschaft als auch mit dem Leben an sich nahm zu T1 von Cluster POSITIV bis Cluster NEGATIV kontinuierlich ab.

Über die drei Messzeitpunkte zeigt sich der stärkste Anstieg der Elternzufriedenheit im Cluster mit der geringsten Erziehungskompetenz. So nimmt die Zufriedenheit mit der Partnerschaft in Cluster POSITIV zum zweiten Messzeitpunkt sogar etwas ab, zu T3 zeichnet sich dieser Rückgang sogar noch stärker ab. Bezüglich der Lebenszufriedenheit kann ein Anstieg für alle Cluster verzeichnet werden. Dieser nimmt jedoch zu T3 in den Clustern POSITIV und MITTEL wieder ab. In Cluster POSITIV sinken die Werte unter den Ausgangswert. Alleine im Cluster mit der negativsten Erziehungsbilanz in den Ausgangswerten zeigt sich eine Steigerung der Partnerschaftszufriedenheit sowohl zu T2 als auch erneut zu T3. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit verbessern sich die Werte in Cluster NEGATIV zu T2 und bleiben zu T3 stabil.

Veränderung der Elternzufriedenheit nach Clusterzugehörigkeit

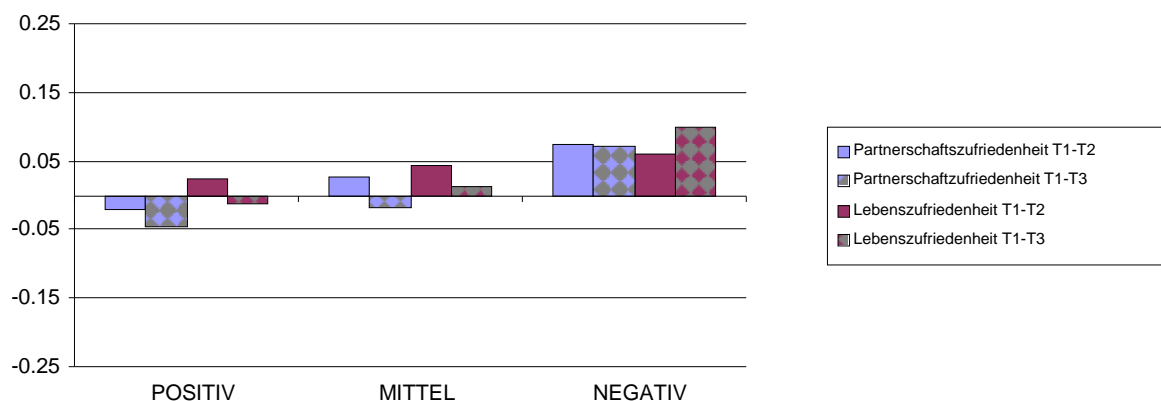


Abbildung 13: Veränderung in der Zufriedenheit der Eltern zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 nach Clusterzugehörigkeit; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 32

Die Ausgangswerte der drei Cluster zu T1 unterscheiden sich bezüglich Lebenszufriedenheit hochsignifikant. Bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit können signifikante Unterschiede zwischen den Clustern POSITIV-NEGATIV sowie MITTEL-NEGATIV festgestellt werden.

Die Analyseergebnisse des Vergleichs zwischen den Clustern zu den drei Messzeitpunkten sind in Tabelle 31 dargestellt.

Tabelle 31: Unterschiede in der Veränderung der Elternzufriedenheit zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Clusterzugehörigkeit

Elternzufriedenheit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Partnerschaftszufriedenheit	488	.729 (5/482)	.483	441	.803 (5/435)	.449
Lebenszufriedenheit	523	.392 (5/517)	.676	470	2.653 (5/464)	.071

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Es zeigt sich, dass bezüglich der oben beschriebenen Veränderungen keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 zwischen den drei Clustern festgestellt werden können.

Tabelle 32: Veränderung der Konstrukte (Changewerte) Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 nach Clusterzugehörigkeit

Elternzufriedenheit				
Change T1-T2				
	A POSITIV	B MITTEL	C NEGATIV	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Partnerschaftszufriedenheit	-.020 (.633)	.027 (.547)	.073 (.584)	n.s.
Lebenszufriedenheit	.023 (.365)	.044 (.385)	.061 (.483)	n.s.
Change T1-T3				
Partnerschaftszufriedenheit	-.047 (.562)	-.018 (.700)	.070 (.689)	n.s.
Lebenszufriedenheit	-.012 (.382)	.013 (.461)	.098 (.459)	n.s.

9.2.2.2 Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Das Konstrukt der Stärken und Schwächen der Kinder setzt sich aus zwei Skalen zusammen: dem prosozialen Verhalten und dem Gesamtproblemwert der Kinder. Der Gesamtproblemwert wird über die Summe der vier Unterskalen Verhaltensprobleme allgemein, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität und emotionale Probleme ermittelt. Die Verteilung der Familien mit gültigen Werten auf die drei Skalen sind in Tabelle 33 dargestellt.

Tabelle 33: Verteilung der Eltern mit gültigen Werten auf den Dimensionen Stärken und Schwächen der Kinder auf die drei Cluster

	Verhalten prosozial (N=)		Gesamtproblemverh (N=)		Verhaltensprobleme (N=)		Verhalten Gleichaltrige (N=)		Hyperaktivität (N=)		Emotionale Probleme (N=)	
Cluster	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
POSITIV (N=149 bzw. 134)	145	129	139	127	146	130	145	132	144	131	146	132
MITTEL (N=243 bzw. 217)	241	214	233	209	238	216	240	216	239	215	241	213
NEGATIV (N=146 bzw. 128)	140	124	136	120	143	122	141	126	144	126	143	125
Total (N=538 bzw. 479)	526	467	508	456	527	468	526	474	527	472	530	470

Zu T1 konnte noch mit steigender Erziehungsfertigkeit ein Anstieg des prosozialen Verhaltens der Kinder sowie eine Abnahme des problematischen Verhaltens der Kinder festgestellt werden. Die Change-Resultate zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 zeigen, dass die Werte des prosozialen Verhaltens der Kinder aus Cluster POSITIV am stärksten ansteigen und das Problemverhalten der Kinder nach der Intervention am meisten abgenommen hat (vgl. Abbildung 14; Tabelle 34). Generell zeigt sich eine Verbesserung im Erhebungszeitraum T1 und T3 in allen drei Clustern sowohl in den Stärken als auch in den Schwächen der Kinder, wobei die besten Resultate, wenn auch keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 36), durch Cluster NEGATIV erzielt wurden. Hier stiegen die Werte des prosozialen Verhaltens und nahmen die Werte des Problemverhaltens gegenüber dem Erhebungszeitraum T1-T2 stark zu. Das Problemverhalten in Cluster POSITIV hat sich hingegen gegenüber den Changewerten zwischen T1 und T2 zum Follow-up hin etwas verschlechtert.

Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder (Elterneinschätzung) nach Clusterzugehörigkeit

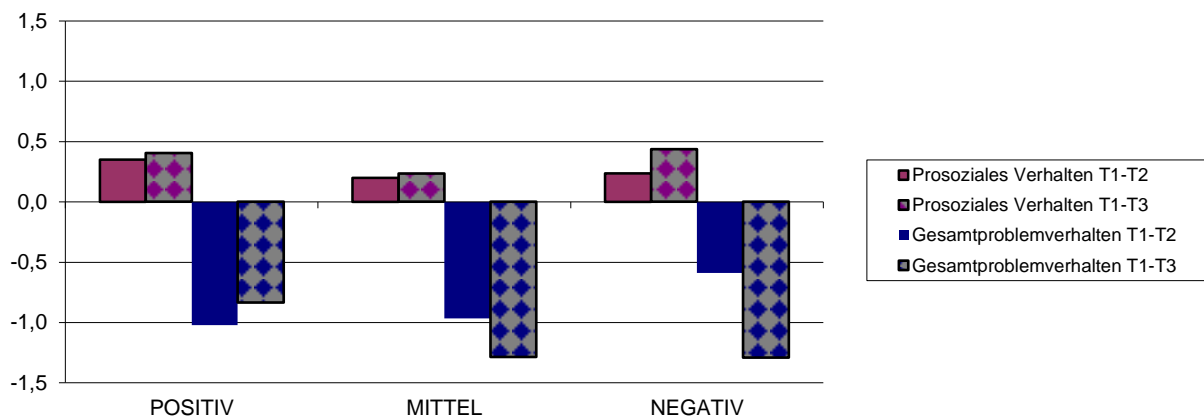


Abb. 14: Stärken und Schwächen der Kinder mit Schwächen - Unterskalen in der Einschätzung der Eltern (Changescor; Changemittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 35)

In den Unterskalen Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität und emotionale Probleme bilden sich kleine Unterschiede zwischen den drei Clustern ab (vgl. Abb. 15). Es zeigt sich, dass die Werte des Clusters NEGATIV zwischen Messzeitpunkt T1 und T3 auf allen Skalen mit Ausnahme der Skala Probleme mit Gleichaltrigen am stärksten abnehmen, was sich in der Gesamtskala Problemverhalten abbildet (vgl. oben).

Veränderung der Schwächen der Kinder (Elterneinschätzung) nach Clusterzugehörigkeit

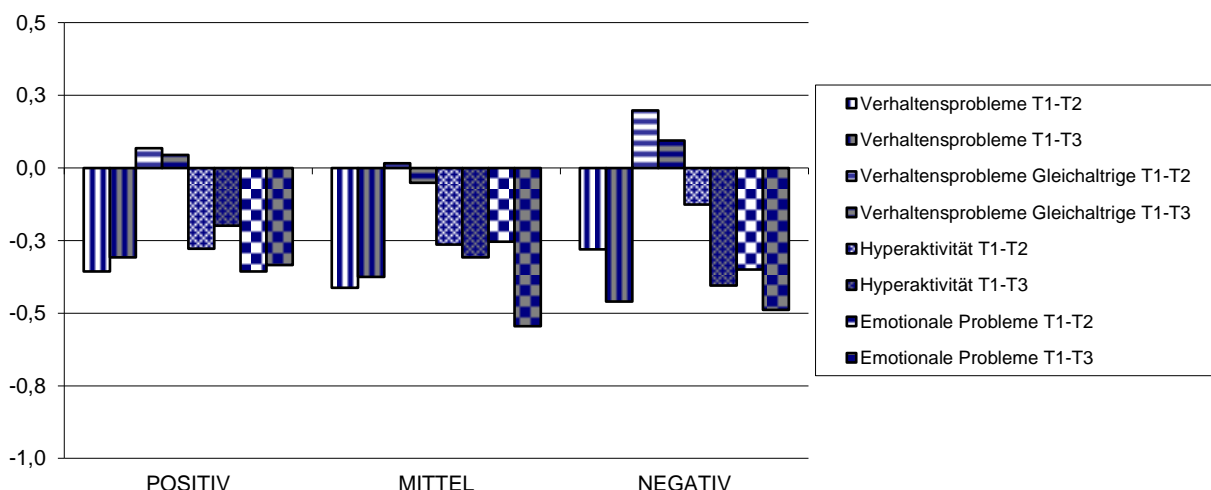


Abb. 15: Schwächen - Unterskalen in der Einschätzung der Eltern (Changescor); Mittelwerte und Standardabweichungen vgl. Tabelle 35

Die Analyse der Unterschiede zwischen den Clustern zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 bzw. T1 und T3 zeigt, dass sich die drei Cluster hinsichtlich der zwei Skalen nicht signifikant unterscheiden (vgl. Tabelle 34 bzw. 35). Ebenso können keine signifikanten Unterschiede in den Unterskalen nachgewiesen werden.

Tabelle 34: Unterschiede der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3

Stärken und Schwächen der Kinder ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Prosoziales Verhalten	526	.517 (5/520)	.596	522	.335 (5/516)	.716
Gesamtproblemverhalten	508	.443 (5/502)	.643	512	.954 (5/506)	.386
Verhaltensprobleme	527	.300 (5/521)	.741	525	1.100 (5/519)	.334
Verhaltensprobleme Gleichaltrige	526	.908 (5/520)	.404	532	.278 (5/526)	.758
Hyperaktivität	527	.323 (5/521)	.724	529	.830 (5/523)	.436
Emotionale Probleme	530	.284 (5/524)	.753	528	.945 (5/522)	.389

¹ Kontrolle nach Geschlecht

Tabelle 35: Veränderung der Konstrukte Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung nach Clusterzugehörigkeit zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3

Stärken und Schwächen der Kinder				
Change T1-T2				
	A POSITIV	B MITTEL	C NEGATIV	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Prosoziales Verhalten	.352 (1.460)	.199 (1.568)	.236 (1.741)	n.s.
Gesamtproblemverhalten	-1.022 (3.756)	-.966 (4.000)	-.588 (3.954)	n.s.
Verhaltensprobleme	-.356 (1.348)	-.412 (1.396)	-.280 (1.189)	n.s.
Verhaltensprobleme Gleichaltrige	.069 (1.368)	.017 (1.472)	.199 (1.415)	n.s.
Hyperaktivität	-.278 (1.465)	-.264 (1.752)	-.125 (1.717)	n.s.
Emotionale Probleme	-.356 (1.618)	-.253 (1.683)	-.350 (2.004)	n.s.
Change T1-T3				
Prosoziales Verhalten	.403 (1.476)	.234 (1.636)	.436 (1.809)	n.s.
Gesamtproblemverhalten	-.835 (3.482)	-1.287 (3.728)	-1.292 (3.556)	n.s.
Verhaltensprobleme	-.308 (1.281)	-.375 (1.483)	-.459 (1.432)	n.s.
Verhaltensprobleme Gleichaltrige	.046 (1.313)	-.051 (1.320)	.095 (1.439)	n.s.
Hyperaktivität	-.199 (1.531)	-.307 (1.816)	-.405 (1.503)	n.s.
Emotionale Probleme	-.333 (1.556)	-.545 (1.695)	-.488 (1.697)	n.s.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p \geq .05$

9.2.3 Zusammenfassung

Es hat sich gezeigt, dass sich über die drei Messzeitpunkte signifikante Unterschiede in den Veränderungswerten einzig im Hinblick auf die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der Eltern ergeben haben, und dies zwischen der Prämessung und dem Follow-up. Zur Postmessung konnten diese Ergebnisse noch nicht so eindeutig nachgewiesen werden. Es wird ersichtlich, dass insbesondere die Eltern des Clusters NEGATIV von den ESSKI-Interventionen profitiert zu haben scheinen, und dies auf allen vier Gesundheitsdimensionen. Am deutlichsten ist dies sichtbar auf der Dimension Angst und Depression im Vergleich zu den beiden anderen Clustern. Dabei verbessert sich Cluster NEGATIV im Vergleich zum Cluster mit dem vergleichsweise besten Ausgangserziehungsverhalten in den Konstrukten Angst, Depression und Stress sehr signifikant. Hinsichtlich der Resilienz konnte eine signifikante Verbesserung gegenüber Cluster POSITIV festgestellt werden.

In den weiteren, oben analysierten Dimensionen Elternzufriedenheit und Kindverhalten konnten keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung zwischen den Clustern gefunden werden. Es zeichnet sich

auch in diesen Konstrukten ein ähnliches Bild: Cluster NEGATIV verbessert sich in der Elternzufriedenheit (mit Partnerschaft und Leben) konstant über die Messzeitpunkte T1, T2 und T3. Auch bezüglich der Stärken und Schwächen der Kinder zeigt sich ein ähnliches Bild, mit dem grössten Profit der Kinder aus Cluster NEGATIV zum Follow-up. Auch hinsichtlich der Unterskalen zu den Problemen der Kinder können keine eindeutigen Ergebnisse nachgewiesen werden. Vielmehr zeichnen sich die Cluster durch eine generelle Verbesserung in den Verhaltenswerten Hyperaktivität, Verhaltensprobleme und emotionale Probleme aus. Alle drei Cluster weisen bei den Kindern eine Verschlechterung der Verhaltensprobleme (mit Gleichaltrigen) zu T2 aus. Diese verbessern sich jedoch wieder hin zu T3. Die konstanteste Verbesserung der Werte zwischen Prämessung und Follow-up zeichnet sich in Cluster NEGATIV ab. Die schon besseren Werte zu T2 (mit Ausnahme Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen) verbessern sich noch zu T3, die Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Clustern sind jedoch gering.

Zusammengefasst lässt sich eine positive Veränderung in allen Clustern auf beinahe allen untersuchten Konstrukten finden. In ihrem Veränderungsverhalten unterscheiden sich die drei Cluster jedoch nicht auf allen Dimensionen signifikant. Am meisten Gewinn von den ESSKI-Interventionen scheinen die Eltern des Clusters NEGATIV bezüglich der eigenen psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit zu haben.

Generell kann aufgrund der im Theorieteil dargestellten Befunde bezüglich der Relevanz der psychischen Gesundheit und Integrität von Eltern für die kindliche Entwicklung gefolgert werden, dass sich diese konstanten Verbesserungen zwischen Prämessung und Follow-up im Cluster NEGATIV längerfristig auch positiv auf die kindliche Entwicklung in diesen Familien niederschlagen müssten. Interessant wäre es gewesen, die Eltern ein Jahr nach Beendigung des Projektes erneut zu den hier zusammengefassten Konstrukten zu befragen, um die Nachhaltigkeit und Ausstrahlungskraft der hier gefundenen Ergebnisse auf das Familiensystem prüfen zu können.

9.3 Differentielle Veränderung der Zieldimensionen in den Clustern nach Interventionsgruppe

Bis jetzt konnte gezeigt werden, dass sich die drei Cluster, welche aufgrund des Ausgangserziehungsverhaltens der Eltern gebildet worden waren, im Vergleich zu ihren Ausgangswerten über die Projektlaufzeit von sieben Monaten verbessert haben und dass sie sich bezüglich dieser Verbesserung in gewissen Dimensionen sogar signifikant unterscheiden. Dabei konnten die positivsten Veränderungen im Cluster NEGATIV nachgewiesen werden.

Bis anhin wurden die Cluster generell analysiert, ohne Berücksichtigung des Umstandes, ob die Familien in den Clustern in eine ESSKI-Intervention bzw. in mehrere ESSKI-Interventionen involviert waren. Im Folgenden gilt es deshalb zu klären, von welchen Interventionen die Familien in den jeweiligen Clustern am meisten profitieren konnten: Von der Schulintervention, der Familienintervention oder doch der kombinierten Interventionsart in Schule und Familie. Folgende Unterfragestellung soll einer Klärung zugeführt werden:

- (3) Gibt es innerhalb der Cluster Unterschiede in der Veränderung der genannten Zielvariablen über die Zeit hinsichtlich der Interventionsart (Schule, Schule-Elternhaus, Elternhaus, Kontrollgruppe)?

Die Veränderungen sowie die Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionsgruppen in den jeweiligen Clustern werden für jedes Cluster einzeln dargestellt.

9.3.1 Datenauswertung

Zur Beantwortung der Fragestellung werden die Cluster einzeln analysiert hinsichtlich Untersuchungsgruppen in den Clustern und deren Entwicklung über die drei Messzeitpunkte.

Dazu werden wieder die Changevariablen zu T1 und T2 bzw. T1 und T3 mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse unter statistischer Kontrolle der Variablen Geschlecht auf den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit der Eltern und positives bzw. negatives Verhalten der Kinder (Gesamtskalen) pro Cluster analysiert. Aufgrund der kleinen Anzahl Personen in den einzelnen Vergleichsgruppen können signifikante Ergebnisse im F-Test nur mittels hoher Effektstärken erreicht werden (vgl. Moore & McCabe 2006). Aus diesem Grund werden im Folgenden nur in Ausnahmefällen signifikante Ergebnisse in den jeweiligen Clustern zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen erwartet.

9.3.2 Ergebnisse

9.3.2.1 Veränderungen in Cluster POSITIV nach Interventionsgruppe

Gemäss den Ergebnissen aus Kapitel 3.4 ist zu erwarten, dass sich in diesem Cluster die Veränderungen pro Interventionsart am schwächsten abzeichnen. Dies in erster Linie im Hinblick auf die Dimensionen der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, da bei den anderen Ergebnissen nicht signifikante Unterschiede zwischen den Clustern nachgewiesen werden konnten.

In Tabelle 36 ist die Verteilung der Familien aus Cluster POSITIV auf die einzelnen Untersuchungsgruppen abgebildet.

Tabelle 36: Verteilung der Familien des Clusters POSITIV auf die vier Untersuchungsgruppen

	T1 N=	T1-T2 N=	T1-T3 N=
Kontrollgruppe	41	38	36
Schule	56	45	39
Familie	59	39	33
Schule/Familie	49	27	26
Total	205	149	134

9.3.2.1.1 Gesundheitsindikatoren der Eltern

Folgende Analysen beziehen sich auf die elterliche Gesundheit/das elterliche Wohlbefinden der Personen aus Cluster POSITIV. Zentral stehen dabei, wie auch schon in Kapitel 9.1 und 9.2 dargestellt, die zu allen drei Messzeitpunkten erhobenen Konstrukte zur psychischen Gesundheit (Depression, Angst, Stress) und Widerstandsfähigkeit sowie zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation der befragten Eltern (Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit).

9.3.2.1.1.1 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Wie unter 3.2 und 3.4 gezeigt werden konnte, verfügten die Eltern aus dem Cluster POSITIV über die besten Ausgangswerte bezüglich ihrer psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, schienen aber über die Projektlaufzeit am wenigsten von den Interventionen zu profitieren, denn die tiefen Ausgangswerte auf den Skalen Depression und Stress nahmen über die Messzeitpunkte T1-T2-T3 zu und die hohen Ausgangsresilienzwerte ab. Interessant ist nun, wie sich diese Entwicklung in den vier Interventionsgruppen des Clusters POSITIV abbildet.

In Tabelle 37 sind die Verteilungen der Familien aus Cluster POSITIV mit gültigen Werten auf die vier Untersuchungsgruppen abgebildet.

Tabelle 37: Verteilung der Eltern des Clusters POSITIV mit gültigen Werten in den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die vier Untersuchungsgruppen

	Angst (N=)		Depression (N=)		Stress (N=)		Resilienz (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
Kontrollgruppe	36	34	36	34	36	34	38	36
Schule	44	39	43	39	42	39	40	38
Familie	38	32	37	30	38	31	36	32
Schule/Familie	27	26	26	26	27	26	26	25
Total	145	131	142	129	143	130	140	131

In Abbildung 16 sind die Change-Werte zwischen Prä- und Postmessung bzw. zwischen Prämessung und Follow-up dargestellt. Es zeigt sich, dass die Veränderungswerte - wie erwartet - gering ausfallen. Von einer generellen Abnahme von Problemen wie Angst, Depression und Stress kann nur in der Gruppe mit der Familienintervention gesprochen werden, insbesondere auch im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einer Zunahme der Stresswerte zur Postmessung. Die Resilienz nimmt kaum ab. Alle anderen Gruppen zeigen - wie erwartet - einen kleinen Anstieg in den belastenden Dimensionen bzw. eine geringe Abnahme in der psychischen Widerstandsfähigkeit.

Veränderung psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

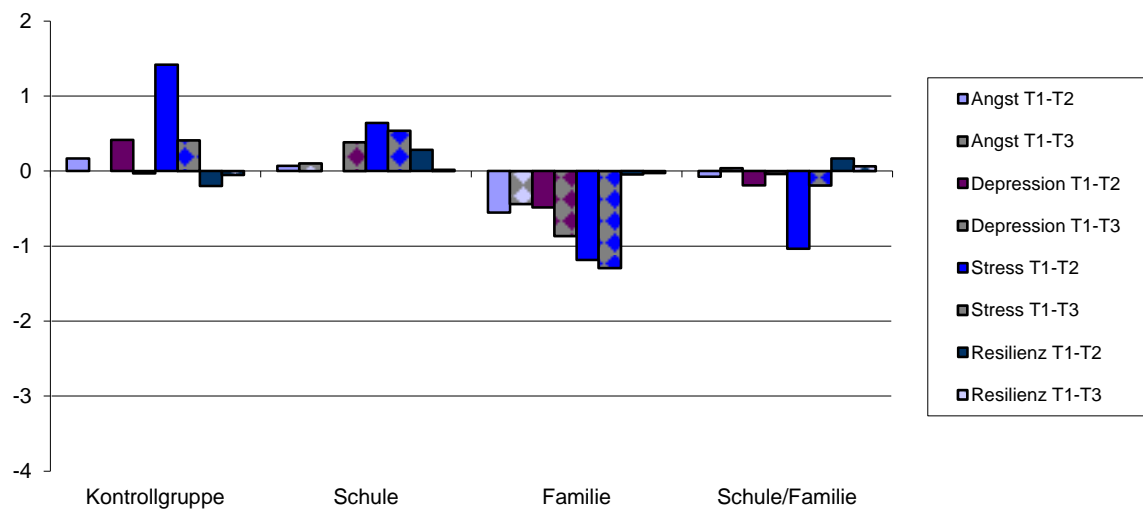


Abbildung 16: Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters POSITIV nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 40

Wie Abbildung 16 bzw. die Mittelwerte der Change-Variablen aus Tabelle 36 zur psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit schon vermuten lassen, können sehr signifikante Unterschiede zwischen den vier Untersuchungsgruppen bezüglich der Veränderungswerte der Dimension Stress zwischen Prä- und Postmessung festgestellt werden (vgl. Tabelle 38). Zwischen den Messzeitpunkten Prämessung und Follow-up erreichen die Changewerte knapp keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Stressskala mehr.

Tabelle 38: Differentielle Veränderung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit in Cluster POSITIV nach Untersuchungsgruppe

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Angst	145	1.734 (7/137)	.163	131	1.016 (7/123)	.388
Depression	142	1.059 (7/134)	.369	129	1.762 (7/121)	.158
Stress	143	6.277 (7/135)	.001	130	2.655 (7/122)	.051
Resilienz	140	1.765 (7/132)	.157	131	.130 (7/123)	.942

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Es zeigt sich, dass sich die beiden Familieninterventionsgruppen (Familie bzw. Schule/Familie) signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden (vgl. Tabelle 39). Alle anderen Werte unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Interventionsgruppen. Zudem gleicht sich der Unterschied in den Stresswerten im Zeitraum Prämessung - Follow-up an die anderen Werte an, so dass keine Signifikanzen mehr nachgewiesen werden können.

Tabelle 39: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe im Cluster POSITIV

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit					
Change T1-T2					
	Kontroll-gruppe a	Schule b	Familie c	Schule/ Fa- milie d	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukt	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Angst	.167 (1.577)	.068 (1.662)	-.553 (1.329)	-.074 (1.238)	n.s.
Depression	.417 (2.020)	.000 (2.700)	-.487 (1.909)	-.192 (1.960)	n.s.
Stress	1.417 (2.902)	.643 (3.230)	-1.184 (2.903)	-1.037 (2.942)	a<b+, a<c**, a<d*, b<c+, b<d+, c<d+
Resilienz	-.199 (1.009)	.282 (1.0835)	-.048 (1.052)	.168 (.428)	n.s.
Change T1-T3					
Angst	.000 (.953)	.103 (1.774)	-.438 (1.105)	.039 (1.509)	n.s.
Depression	-.030 (2.022)	.385 (2.208)	-.867 (1.717)	-.039 (3.000)	n.s.
Stress	.412 (2.664)	.539 (3.194)	-1.290 (2.148)	-.192 (3.805)	n.s.
Resilienz	-.051 (.286)	.019 (.930)	-.023 (.978)	.066 (.571)	n.s.

*** p<.001, ** p <.01, * p<.05, + p≥.05

9.3.2.1.1.2 Zufriedenheit der Eltern

Die höchste Elternzufriedenheit zeigte sich zum ersten Messzeitpunkt vergleichsweise im Cluster POSITIV, zum zweiten Messzeitpunkte konnte eine Abnahme der Zufriedenheit mit der Partnerschaft in Cluster POSITIV verzeichnet werden. Zwischen Prämessung und Follow-up ist dieser Rückgang aber nicht mehr so stark auszumachen. Bezüglich der Lebenszufriedenheit konnte ein Anstieg für alle Cluster verzeichnet werden. Dieser nahm jedoch zu T3 in Cluster POSITIV wieder ab.

Auch in Bezug auf die Elternzufriedenheit wird geprüft, ob sich die Clusterentwicklung unterschiedlich auf die Familien aus den vier Untersuchungsgruppen verteilt. In Tabelle 40 ist die Anzahl Familien mit gültigen Werten auf den beiden Dimensionen der Elternzufriedenheit abgebildet.

Tabelle 40: Verteilung der Eltern des Clusters POSITIV mit gültigen Werten in den Dimensionen Elternzufriedenheit auf die vier Untersuchungsgruppen

	Partnerschaftszufriedenheit (N=)		Lebenszufriedenheit (N=)	
	T1-T2	T1-T2	T1-T3	T1-T3
Kontrollgruppe	33	38	35	31
Schule	42	45	38	37
Familie	34	37	31	29
Schule/Familie	25	27	26	23
Total	134	147	130	120

Wie sich die Entwicklung auf die vier Untersuchungsgruppen verteilt, zeigt Abbildung 17. Es bildet sich kein einheitliches Bild ab. Die Familieninterventionsgruppe verbessert sich zwischen T1 und T2 in beiden Dimensionen der Elternzufriedenheit. Hinsichtlich ihrer Partnerschaft können die Eltern dieser Interventionsgruppe diesen Wert zum Follow-up steigern, die Lebenszufriedenheit fällt jedoch zwischen T1 und T3 unter den Ausgangswert. Die Partnerschaftszufriedenheit in der Kombinationsintervention verschlechtert sich am meisten von allen Werten zwischen Prämessung und Follow-up, dafür profitieren die Eltern dieser Interventionsgruppe von einer höheren Lebenszufriedenheit in beiden Messzeiträumen, vor allem auch im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Veränderung der Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

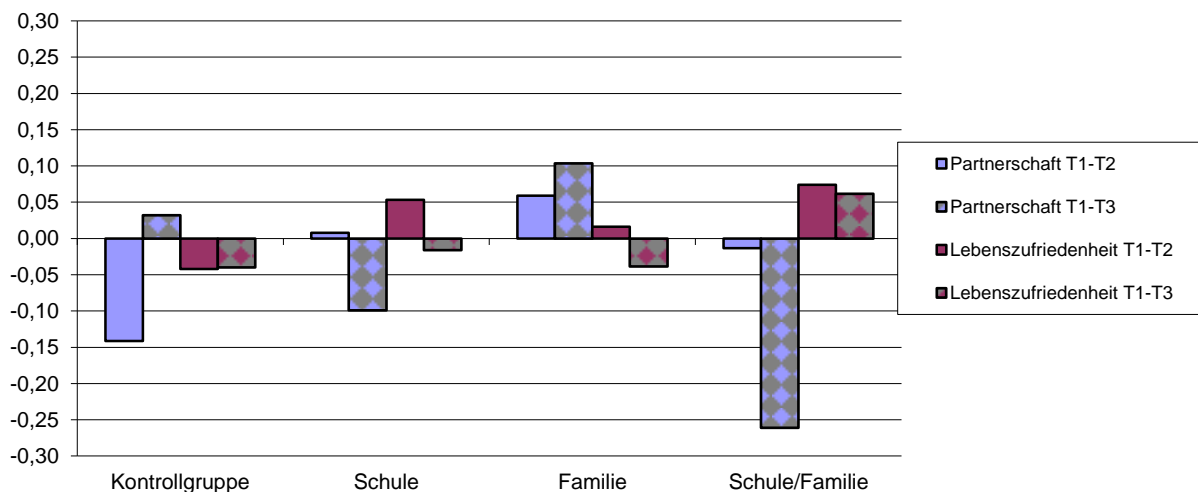


Abbildung 17: Elternzufriedenheit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters POSITIV nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 42

Zwischen den einzelnen Interventionsformen können im Messzeitraum T1-T3 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen in den Veränderungswerten nachgewiesen werden (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Differentielle Veränderung der Elternzufriedenheit zwischen T1-T2 bzw. T1-T3 nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

Elternzufriedenheit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Partnerschaftszufriedenheit	134	.561 (7/126)	.642	120	2.109 (7/112)	.103
Lebenszufriedenheit	147	.783 (7/139)	.505	130	.419 (7/122)	.739

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Tabelle 42: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 der Konstrukte Elternzufriedenheit, nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

Elternzufriedenheit					
Change T1-T2					
	Kontroll- gruppe	Familie	Schule	Schule/ Fa- milie	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Partnerschaftszufriedenheit	-.141 (.640)	.008 (.591)	.059 (.802)	-.013 (.402)	n.s.
Lebenszufriedenheit	-.042 (.312)	.053 (.389)	.016 (.378)	.074 (.381)	n.s.
Change T1-T3					
Partnerschaftszufriedenheit	.032 (.348)	-.099 (.661)	.103 (.557)	-.261 (.586)	n.s.
Lebenszufriedenheit	-.040 (.396)	-.016 (.445)	-.039 (.255)	.062 (.399)	n.s.

9.3.2.1.2 Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Das Konstrukt der Stärken und Schwächen der Kinder aus den beiden Skalen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemwert konnte zu T1 noch mit steigender Erziehungsfertigkeit der Eltern (Cluster NEGATIV-POSITIV) ein Anstieg des prosozialen Verhaltens der Kinder sowie eine Abnahme des problematischen Verhaltens der Kinder festgestellt werden. Die Change-Resultate zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 zeigten, dass die Werte des prosozialen Verhaltens der Kinder aus Cluster POSITIV am stärksten ansteigen und das Problemverhalten der Kinder nach der Intervention am meisten abgenommen hat. Zu T3 waren die Veränderungsscores des Clusters NEGATIV höher als im Cluster POSITIV.

Im Folgenden wird analysiert, wie sich diese Entwicklung in den einzelnen Untersuchungsgruppen des Clusters POSITIV abbildet. Die Verteilung der Familien aus Cluster POSITIV, mit gültigen Werten in der Einschätzung der Stärken und Schwächen der Kinder auf die Untersuchungsgruppe, findet sich in Tabelle 43.

Tabelle 43: Verteilung der Familien des Clusters POSITIV mit gültigen Werten in den Dimensionen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten auf die vier Untersuchungsgruppen

	Prosoziales Verhalten (N=)		Gesamtproblemverhalten (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
Kontrollgruppe	37	32	36	35
Schule	43	33	39	36
Familie	39	29	38	31
Schule/Familie	26	22	26	25
Total	145	116	139	127

Wie sich die Veränderung der kindlichen Schwächen und Stärken in der Einschätzung der Eltern aus Cluster POSITIV auf die einzelnen Interventionsgruppen verteilt, zeigt Abbildung 18. Es wird sichtbar, dass die grösste Verbesserung zwischen T1 und T3 hinsichtlich der Stärken in der Kombinationsgruppe zu verzeichnen ist. Bezüglich der Schwächen verringern sich hingegen die Werte der Familieninterventionsgruppe am stärksten zu T2, schwächen sich aber zu T3 wieder etwas ab. Auch in der Kombinationsgruppe nehmen die Schwächen zu T2 ab. Dieser Effekt zeichnet sich noch stärker zu T3 ab. Insbesondere im Vergleich zur Kontrollgruppe aber auch zur Schulinterventionsgruppe sind die positiven Veränderungen auf der Schwächen-Dimension gross.

Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder (Elterneinschätzung) nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

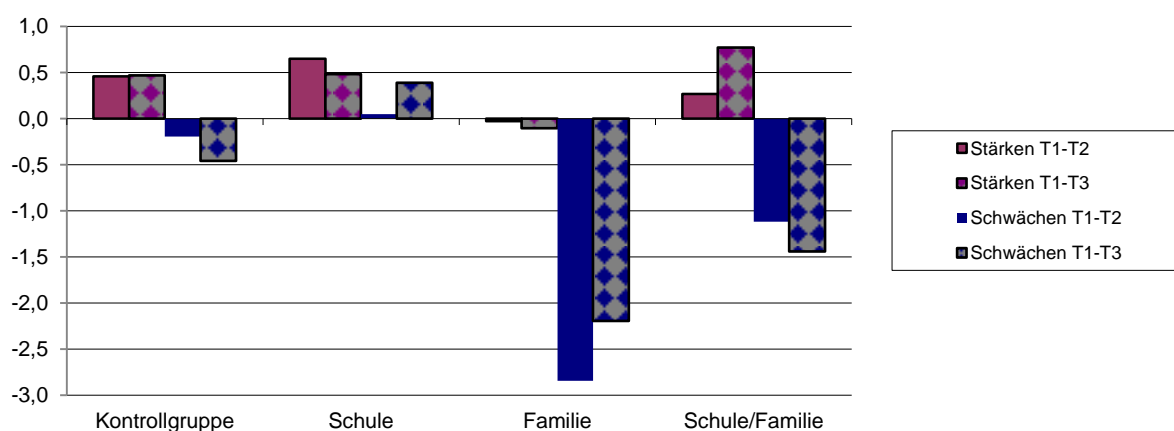


Abbildung 18: Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters POSITIV nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 45

Die Veränderungswerte der kindlichen Verhaltensprobleme zeigen sowohl zwischen T1 und T2 als auch zwischen T1 und T3 sehr signifikante bzw. signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 44: Differentielle Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung zwischen T1-T2 bzw. T1-T3, nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

Stärken und Schwächen der Kinder ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Prosoziales Verhalten	145	1.626 (7/137)	.186	129	1.243 (7/121)	.297
Gesamtproblemverhalten	139	5.252 (7/131)	.002	127	3.810 (7/119)	.012

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Wie in Tabelle 45 dargestellt unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen Kontrollgruppe bzw. Schule von den Veränderungswerten der Untersuchungsgruppe Familie signifikant bzw. sehr signifikant zum Zeitpunkt der Postmessung. Kurzfristig hatte die Einzelintervention in der Familie einen Effekt auf die Kinder des Clusters POSITIV, bis zum Follow-up ergibt sich aber kein signifikanter Unterschied mehr zur Kontrollgruppe, aber trotzdem noch gegenüber der Schulintervention. Erstaunlich ist, dass die Kombinationsintervention einen geringeren Effekt auf die Kinder zu haben scheint als die Einzelintervention mit *Triple P*. Aber da sich die Werte in der Einzelintervention Schule bezüglich des Problemverhaltens tendenziell eher verschlechtern, könnte dieser Effekt auch in der Kombinationsgruppe zum Tragen kommen. Dass sich, anders als in der Familienintervention, sowohl das prosoziale Verhalten als auch das Problemverhalten in der Kontrollgruppe zum Follow-up hin tendenziell verbessern, könnte auf einen eher längerfristigen Effekt der kombinierten Intervention hinweisen.

Tabelle 45: Gruppenunterschiede in der Veränderung zu T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte kindliche Stärken und Schwächen in der Elterneinschätzung, nach Interventionsgruppe in Cluster POSITIV

Stärken und Schwächen der Kinder					
Change T1-T2					
	Kontroll- gruppe a	Familie b	Schule c	Schule/ Fa- milie d	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Prosoziales Verhalten T1-T2	.460 (1.538)	.651 (1.412)	-.026 (1.386)	.269 (1.485)	n.s.
Problemverhalten T1-T2	-.194 2.857)	.051 (2.973)	-2.842 (4.728)	-1.115 (3.479)	a<b+, a>c*, a<d+, b<c**, b<d+, c>d+
Change T1-T3					
Prosoziales Verhalten T1-T3	.469 (1.436)	.485 (1.523)	-.103 (1.372)	.773 (1.631)	n.s.
Problemverhalten T1-T3	-.458 2.548)	.389 (3.201)	-2.194 (4.792)	-1.440 (2.364)	a<b+, a>c+, a<d+, b<c*, b<d+, c>d+

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, + p≥.05

9.3.2.2 Veränderungen in Cluster MITTEL nach Interventionsgruppe

Cluster MITTEL ist mit N=300 zur Prämessung das grösste der drei Cluster. Die Verteilung auf die drei Cluster ist folgende (vgl. Tabelle 46):

Tabelle 46: Verteilung der Familien des Clusters MITTEL auf die vier Untersuchungsgruppen

	T1 N=	T1-T2 N=	T1-T3 N=
Kontrollgruppe	73	62	59
Schule	76	62	55
Familie	71	52	48
Schule/Familie	80	67	55
Total	300	243	217

9.3.2.2.1 Gesundheitsindikatoren der Eltern

Gemäss den Ergebnissen aus Kapitel 3.4 ist zu erwarten, dass sich in diesem Cluster die Veränderungen pro Interventionsart kaum stärker abzeichnen als in Cluster POSITIV, da keine signifikanten Unterschiede in der Analyse der Changevariablen im Verlauf der drei Messzeitpunkte zwischen den beiden Clustern bezüglich der untersuchten Konstrukte festgestellt werden konnten.

9.3.2.2.1.1 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Zum Zeitpunkt der Prämessung konnte mit abnehmender Erziehungskompetenz der Eltern eine Abnahme der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit beobachtet werden. Es hat sich in 9.2 gezeigt, dass Eltern aus dem Cluster MITTEL dafür im Vergleich zu den Eltern mit dem besten Erziehungsverhalten der Stichprobe mehr von den Interventionen profitieren konnten. Gleichzeitig hat ihnen im Vergleich zu den Eltern aus Cluster NEGATIV, vor allem im Hinblick auf die Dimensionen Angst und Depression, das Programm ESKI weniger gebracht.

Es interessiert nun, wie sich diese Entwicklung auf die einzelnen Untersuchungsgruppen des Clusters MITTEL verteilen. In Tabelle 47 finden sich die Anzahl der Familien pro Untersuchungsgruppe mit gültigen Werten auf den Dimensionen der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit.

Tabelle 47: Verteilung der Eltern des Clusters MITTEL mit gültigen Werten in den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die vier Untersuchungsgruppen

	Angst (N=)		Depression (N=)		Stress (N=)		Resilienz (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
Kontrollgruppe	62	58	61	58	61	56	59	57
Schule	62	55	62	55	57	52	60	53
Familie	52	48	51	48	52	47	51	46
Schule/Familie	66	55	66	55	66	53	61	53
Total	242	216	240	216	236	208	231	209

In Abbildung 19 sind die Mittelwerte der Veränderungen zu den Konstrukten Angst, Depression, Stress und Resilienz zu den zwei Messzeiträumen T1-T2 und T1-T3 dargestellt. Es zeigt sich ein einheitlicheres Bild als die Veränderung in Cluster POSITIV (vgl. 9.3.2.1.1.1). Die Grafik weist für die Gruppen Familienintervention und Kombinationsintervention eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit hin zur Postmessung und zum Follow-up aus, während die Kontrollgruppe und Schulinterventionsgruppe zur Postmessung negative Entwicklungen vollziehen. In der Kontrollgruppe verbessern sich die Werte v.a. der Stressskala hin zum Follow-up, was die Aussagekraft der Veränderungen in den beiden Familieninterventionsgruppen beim Follow-up relativiert.

Veränderung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL

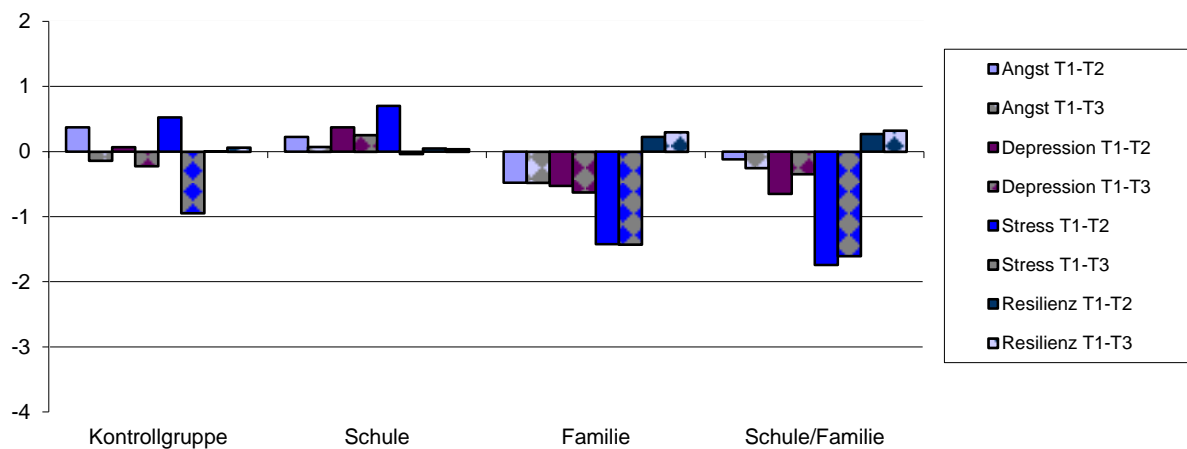


Abbildung 19: Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters MITTEL nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 49.

Dass sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen ergeben, zeigt sich in Tabelle 48. Im Erhebungszeitraum T1-T2 sind die Unterschiede bezüglich der Dimensionen Stress und Resilienz hochsignifikant bzw. signifikant. Im Erhebungszeitraum T1-T3 erreicht noch das Konstrukt Resilienz einen signifikanten Unterschied in den Changewerten zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen.

Tabelle 48: Differentielle Veränderung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit in Cluster MITTEL nach Untersuchungsgruppe

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Angst	242	2.480 (7/234)	.062	216	1.050 (7/208)	.372
Depression	240	1.976 (7/232)	.118	216	.899 (7/208)	.442
Stress	236	7.338 (7/228)	.000	208	1.915 (7/200)	.128
Resilienz	231	3.048 (7/223)	.030	209	3.417 (7/201)	.018

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Der Vergleich der einzelnen Untersuchungsgruppen miteinander zeigt, dass sich im Erhebungszeitraum T1-T2 ein Unterschied ergibt zwischen Kontrollgruppe und Schulinterventionsgruppe und im Vergleich zur Kombinationsgruppe und Familieninterventionsgruppe bezüglich der Dimension Stress (vgl. Tabelle 49). Die Eltern des Clusters MITTEL profitieren im Erhebungszeitraum Prä- und Postmessung von den Interventionen in der Familie sowohl von der Einzel- als auch von der Kombinationsintervention. Zum Follow-up verbessern sich die Werte des selbst berichteten Stresses in der Kontroll- und Schulinterventionsgruppe, weshalb die Unterschiede zu diesem Zeitpunkt nicht mehr signifikant sind.

Im Konstrukt Resilienz können im Gruppenvergleich keine signifikanten Werte erzielt werden, weder zwischen Prä- und Postmessung noch zwischen Prämessung und Follow-up.

Tabelle 49: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, nach Interventionsgruppe im Cluster MITTEL

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit					
Change T1-T2					
	Kontroll- gruppe a	Schule b	Familie c	Schule/ Fa- milie d	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukt	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Angst	.371 (2.504)	.226 (1.273)	-.481 (1.527)	-.121 (1.705)	n.s.
Depression	.066 (2.798)	.371 (2.693)	-.529 (2.452)	-.652 (2.760)	n.s.
Stress	.525 (4.069)	.702 (3.459)	-1.423 (3.076)	-1.742 (3.780)	a>b+, a<c*, a<d*, b<c*, b<d**, c<d+
Resilienz	.003 (.588)	.048 (.394)	.224 (.593)	.268 (.659)	n.s.
Change T1-T3					
Angst	-.138 (2.220)	.073 (1.345)	-.479 (1.414)	-.255 (1.364)	n.s.
Depression	-.224 (2.866)	.255 (2.398)	-.625 (2.573)	-.346 (3.210)	n.s.
Stress	-.946 (4.206)	-.039 (3.035)	-1.426 (3.406)	-1.604 (3.650)	n.s.
Resilienz	.064 (.554)	.036 (.521)	.300 (.455)	.323 (.753)	n.s.

*** p<.001, ** p <.01, * p<.05, + p>.05

9.3.2.2.1.2 Zufriedenheit der Eltern

Während die Eltern des Clusters MITTEL zum Zeitpunkt der Prämessung im Vergleich zur Gesamtstichprobe von einer mittleren Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit berichteten, zeigten die Veränderungswerte zwischen Prämessung und Postmessung einen Anstieg, sanken jedoch zum Follow-up hin wieder leicht unter die Ausgangswerte. Signifikante Unterschiede zu den beiden anderen Clustern konnten in den beiden Erhebungszeiträumen nicht nachgewiesen werden.

Auch hinsichtlich der Elternzufriedenheit interessiert es nun, ob sich die Clusterentwicklung unterschiedlich auf die Familien aus den vier Untersuchungsgruppen verteilt. In Tabelle 50 ist die Anzahl Familien mit gültigen Werten auf den beiden Dimensionen der Elternzufriedenheit abgebildet.

Tabelle 50: Verteilung der Eltern des Clusters MITTEL mit gültigen Werten in den Dimensionen Elternzufriedenheit auf die vier Untersuchungsgruppen

	Partnerschaftszufriedenheit (N=)		Lebenszufriedenheit (N=)	
	T1-T2	T1-T2	T1-T3	T1-T3
Kontrollgruppe	55	59	59	52
Schule	59	61	55	53
Familie	51	52	47	47
Schule/Familie	57	64	55	50
Total	222	236	216	202

Die Changewerte zwischen T1 und T2 bzw. T1 und T3 bezüglich der Elternzufriedenheit sind in Abbildung 20 grafisch dargestellt. Es zeigt sich, dass sich eine Zunahme der Changewerte im Erhebungszeitraum T1-T2 abzeichnet, insbesondere in der Kontrollgruppe und Schulinterventionsgruppe bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit zeigen sich hingegen die höchsten Changewerte in der Kombinationsgruppe. Im Erhebungszeitraum zwischen Prämessung und Follow-up zeichnet sich die Abnahme der Changewerte auf beiden Dimensionen ab, z.T. unter den Ausgangswert (bezüglich Lebenszufriedenheit in Kontrollgruppe und Schulinterventionsgruppe), wie dies schon in den Berechnungen zum Gesamtcluster gezeigt werden konnte. In der Familieninterventionsgruppe steigen die Werte zu T3 etwas an. Auch in der Kombinationsgruppe schätzen die Eltern zum dritten Messzeitpunkt ihre Lebenszufriedenheit als noch besser ein als zum Zeitpunkt der Postmessung. Es zeigt sich also ein Anstieg der Lebenszufriedenheit in denjenigen Gruppen, welche an der Elternintervention *Triple P* teilnehmen konnten. Dies insbesondere im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Veränderung der Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL

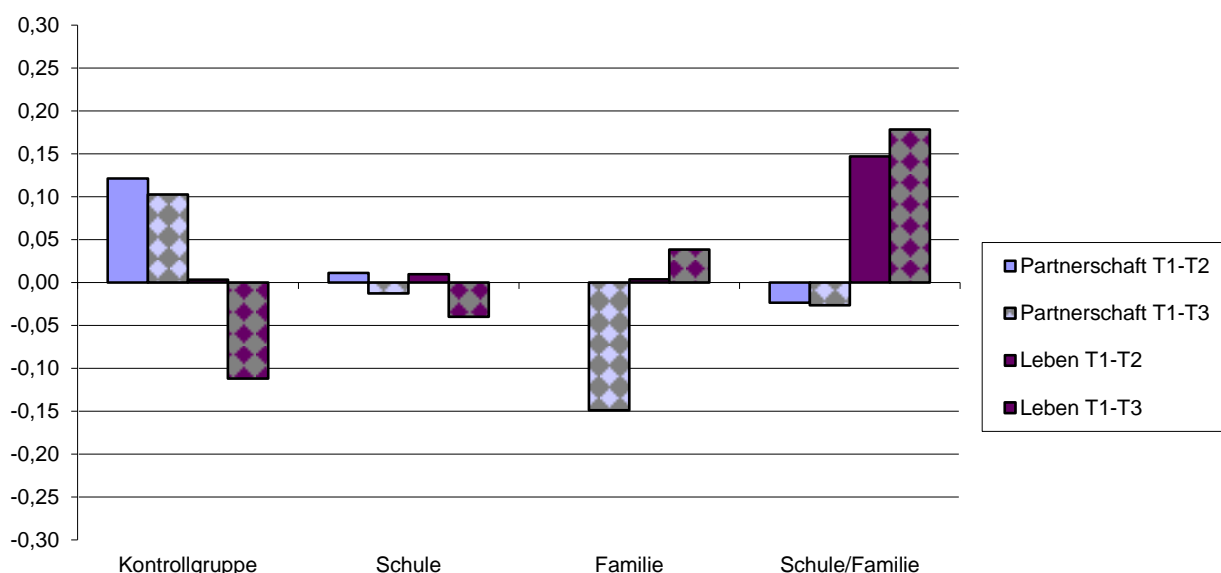


Abbildung 20: Elternzufriedenheit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters MITTEL, nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 52

Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich dabei sehr signifikant in der Lebenszufriedenheit zwischen T1 und T3 (vgl. Tabelle 51). In der Partnerschaftszufriedenheit bzw. im Zeitraum T1-T2 können keine signifikanten Changewerte nachgewiesen werden.

Tabelle 51: Differentielle Veränderung der Elternzufriedenheit in Cluster MITTEL nach Untersuchungsgruppe

Elternzufriedenheit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Partnerschaftszufriedenheit	222	.789 (7/214)	.501	202	1.062 (7/194)	.367
Lebenszufriedenheit	236	2.104 (7/228)	.100	216	4.240 (7/234)	.006

¹ kontrolliert nach Geschlecht

In der Detailanalyse der Gruppenunterschiede zeigt sich ein signifikanter Unterschied in den Changewerten zur Lebenszufriedenheit zwischen der Kontrollgruppe und der Kombinationsgruppe im Zeitraum Prämessung und Follow-up (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 52: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Dimensionen zur Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe im Cluster MITTEL

Elternzufriedenheit					
Change T1-T2					
	Kontroll- gruppe a	Schule b	Familie c	Schule/ Familie d	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukt	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Partnerschaftszufriedenheit	.121 (.582)	.011 (.529)	.000 (.639)	-.023 (.431)	n.s.
Lebenszufriedenheit	.003 (.454)	.010 (.309)	.004 (.321)	.147 (.419)	n.s.
Change T1-T3					
Partnerschaftszufriedenheit	.103 (.944)	-.013 (.637)	-.149 (.577)	-.027 (.555)	n.s.
Lebenszufriedenheit	-.112 (.528)	-.040 (.412)	.038 (.420)	.178 (.423)	a<b+, a<c, a<d**, b<c+, b<d+, c<d+

*** p<.001, ** p <.01, * p<.05, + p≥.05

9.3.2.2.2 Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Die Ausgangswerte des Clusters MITTEL wies im Vergleich zur Gesamtstichprobe mittlere Werte auf den Skalen prosoziales Verhalten sowie Problemverhalten der Kinder auf. Die Change-Resultate zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 sowie T1 und T3 zeigten eine leichte, aber kontinuierliche Zunahme des prosozialen Verhaltens der Kinder aus Cluster MITTEL. Hinsichtlich des Problemverhaltens verbesserten

sich die Kinder in der Einschätzung ihrer Eltern ähnlich wie die beiden anderen Cluster. Diese nahm zu T3 noch etwas mehr ab.

Im Folgenden soll es wieder darum gehen, wie sich diese Entwicklung in den einzelnen Untersuchungsgruppen des Clusters MITTEL abbildet. Die Verteilung der Familien aus Cluster MITTEL mit gültigen Werten auf den Dimensionen prosoziales Verhalten und Problemverhalten auf die Untersuchungsgruppe ist in Tabelle 53 abgebildet.

Tabelle 53: Verteilung der Familien des Clusters MITTEL mit gültigen Werten in den Dimensionen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten auf die vier Untersuchungsgruppen

	Prosoziales Verhalten (N=)		Gesamtproblemverhalten (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
Kontrollgruppe	61	59	58	56
Schule	62	53	60	52
Familie	51	47	52	48
Schule/Familie	67	55	63	53
Total	241	214	233	209

Die Verteilung der Changewerte auf die vier Untersuchungsgruppen sind in Abbildung 21 grafisch dargestellt. Es zeigt sich, dass hinsichtlich des prosozialen Verhaltens im Erhebungszeitraum T1-T2 insbesondere die Kinder der Kombinationsgruppe profitiert haben. Diese Verbesserung nimmt aber zu T3 wieder ab und die Kinder der Schulintervention scheinen bezüglich des prosozialen Verhaltens längerfristig mehr von ihrer Intervention zu profitieren. Im Problemverhalten verbessern sich tendenziell die Kinder der Familien aus der Familien- und Kombinationsintervention, dies in beiden Erhebungszeiträumen. Diese Verbesserungen können auch zum Follow-up hin noch nachgewiesen werden.

Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL

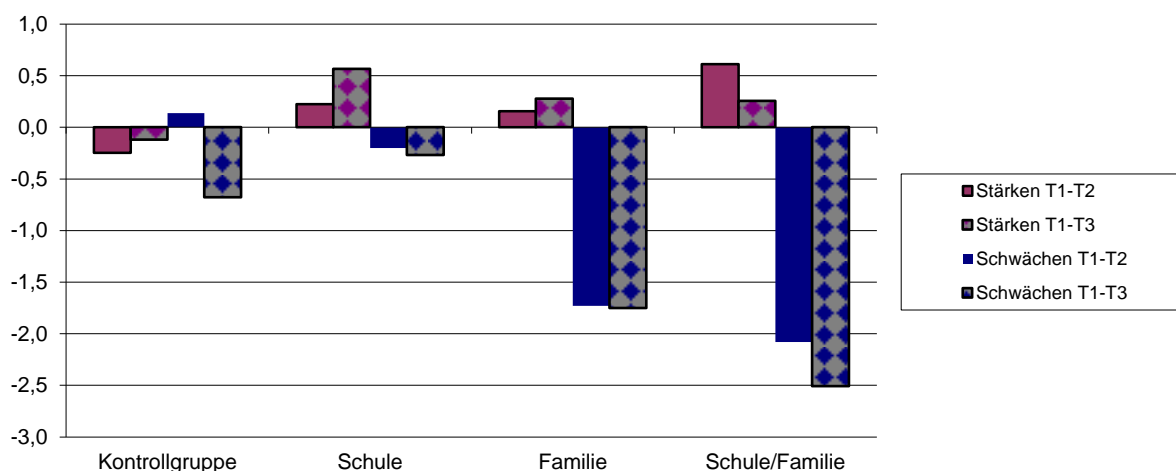


Abbildung 21: Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters MITTEL, nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 55

Die vier Untersuchungsgruppen unterscheiden sich signifikant bzw. sehr signifikant voneinander, wie den in Tabelle 54 dargestellten Analyseergebnissen zu entnehmen ist. Einzig bezüglich des prosozialen Verhaltens der Kinder in Cluster MITTEL im Erhebungszeitraum T1-T3 können keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen festgestellt werden.

Tabelle 54: Differentielle Veränderung der Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung zwischen T1-T2 bzw. T1-T3, nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL

Stärken und Schwächen der Kinder ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Prosoziales Verhalten	241	3.341 (7/233)	.020	214	1.676 (7/206)	.173
Gesamtproblemverhalten	233	4.650 (7/225)	.005	209	4.006 (7/201)	.008

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Zwischen den beiden Erhebungen T1 und T2 kann hinsichtlich des prosozialen Verhaltens ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit den Extremwerten (Kontrollgruppe und Kombinationsintervention) festgestellt werden (vgl. Tabelle 55). Die Stärken der Kinder der Kombinationsgruppe haben demnach, im Vergleich zur Kontrollgruppe, überzufällig stark zugenommen, bei gleichzeitiger signifikant unterschiedlicher Abnahme der Schwächen in denselben Gruppen.

Zwischen T1 und T3 finden sich zwischen Kontroll- und Kombinationsgruppe keine signifikanten Unterschiede mehr, dafür jedoch zwischen der Schulinterventionsgruppe und der kombinierten Intervention bezüglich der Schwächen der Kinder. Der Gesamtproblemwert der Schulkinder aus der Kombinationsgruppe hat sich zum Follow-up hin im Vergleich zur Schulinterventionsgruppe signifikant verbessert.

Tabelle 55: Gruppenunterschiede in der Veränderung zu T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte kindliche Stärken und Schwächen in der Elterneinschätzung, nach Interventionsgruppe in Cluster MITTEL

Stärken und Schwächen der Kinder					
Change T1-T2					
	Kontrollgruppe a	Familie b	Schule c	Schule/ Familie d	Gruppenunterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Prosoziales Verhalten	-.246 (1.578)	.226 (1.572)	.157 (1.502)	.612 (1.527)	a<b+, a<c+, a<d*, b<c+, b<d+, c>d+
Gesamtproblemverhalten	.138 (3.701)	-.200 (3.424)	-1.731 (3.625)	-2.079 (4.674)	a<b+, a<c+, a<d*, b<c+, b<d+, c>d+
Change T1-T3					
Prosoziales Verhalten	-.119 (1.772)	.566 (1.635)	.277 (1.192)	.255 (1.777)	n.s.
Gesamtproblemverhalten	-.679 (3.634)	-.269 (2.904)	-1.750 (3.600)	-2.509 (4.299)	a<b+, a<c+, a<d+, b<c+, b<d*, c>d+

*** p<.001, ** p<.01, * p<.05, + p≥.05

9.3.2.3 Veränderungen in Cluster NEGATIV nach Interventionsgruppe

Gemäss den Ergebnissen aus Kapitel 9.2 ist zu erwarten, dass sich in diesem Cluster die Veränderungen pro Interventionsart am stärksten abzeichnen, dies in erster Linie im Hinblick auf die Dimensionen der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit aber auch bezüglich der Elternzufriedenheit.

Cluster NEGATIV ist mit N=183 (T1) das zweite kleine Cluster. Die Verteilung der Familien auf die vier Interventionsgruppen dieses Clusters findet sich in Tabelle 56.

Tabelle 56: Verteilung der Familien des Clusters NEGATIV auf die vier Untersuchungsgruppen

	T1 N=	T1-T2 N=	T1-T3 N=
Kontrollgruppe	40	31	28
Schule	68	60	49
Familie	38	31	27
Schule/Familie	37	24	24
Total	183	146	128

9.3.2.3.1 Gesundheitsindikatoren der Eltern

Folgende Analysen beziehen sich auf die elterliche Gesundheit/das elterliche Wohlbefinden der Personen aus Cluster NEGATIV. Ziel ist es herauszufinden, in welchen zentralen Eigenschaften sich die in Cluster NEGATIV zusammengefassten Eltern in ihrem Veränderungsverhalten entsprechend ihrer Interventionsgruppenzugehörigkeit voneinander unterscheiden. Zentral stehen dabei wiederum die zu allen drei Messzeitpunkten erhobenen Konstrukte zur psychischen Gesundheit (Depression, Angst, Stress) und Widerstandsfähigkeit sowie zur Zufriedenheit mit der Lebenssituation der befragten Eltern (Partnerschafts- und Lebenszufriedenheit).

9.3.2.3.1.1 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Die Verteilung der Elterndaten des Clusters NEGATIV, mit jeweils gültigen Werten auf den vier Skalen der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, ist in Tabelle 57 dargestellt:

Tabelle 57: Verteilung der Eltern des Clusters NEGATIV mit gültigen Werten in den Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit auf die vier Untersuchungsgruppen

	Angst (N=)		Depression (N=)		Stress (N=)		Resilienz (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
Kontrollgruppe	30	26	30	27	28	25	26	24
Schule	59	45	59	45	57	45	57	46
Familie	30	27	30	26	28	25	30	26
Schule/Familie	23	24	23	23	22	23	22	22
Total	142	122	142	121	135	118	135	118

In Abbildung 22 zeigt es sich, dass diese Erwartung bestätigt wird. Mehr noch als in den beiden anderen Clustern zeichnen sich hier Veränderungen ab. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass insbesondere die Interventionen im Elternhaus bzw. die Kombinationsintervention im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Eltern einen starken Einfluss ausgeübt haben. Es zeigen sich konstante Verbesserungen in diesen beiden Untersuchungsgruppen über die beiden Messzeitpunkte Postmessung und Follow-up. Verbesserungen zeigen sich jedoch auch in der Kontrollgruppe, welche keine Interventionen erhalten hat. Dies weist darauf hin, dass die generellen Verbesserungen auf einen Regressionseffekt zurückgeführt werden können, da die Eltern des Clusters NEGATIV aufgrund der schlechteren Ausgangswerte über mehr Verbesserungspotenzial verfügen als die Familien der beiden anderen Cluster.

Veränderung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

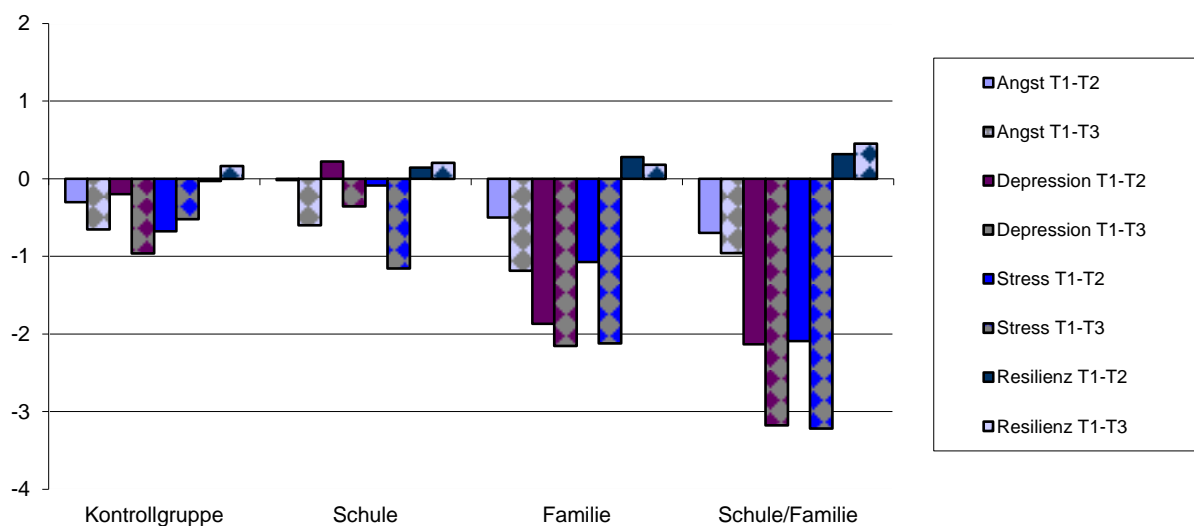


Abbildung 22: Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters NEGATIV, nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 59

Auch hier muss wieder geprüft werden, ob diese Unterschiede eine aufgrund des Zufalls zustande gekommene Tendenz abbildet oder ob die unterschiedlichen Veränderungen nach Interventionsgruppen signifikant sind.

Tabelle 58: Differentielle Veränderung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit in Cluster NEGATIV nach Untersuchungsgruppe

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Angst	142	.673 (7/134)	.570	122	.503 (7/114)	.681
Depression	142	3.740 (7/134)	.013	121	3.793 (7/113)	.012
Stress	135	1.648 (7/134)	.182	118	3.062 (7/110)	.040
Resilienz	135	.941 (7/127)	.423	118	.893 (7/110)	.447

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Wie die in Tabelle 58 dargestellten Ergebnisse zeigen, kann ein Unterschied zwischen den Interventionsgruppen bezüglich des Konstrukts Depression gefunden werden und zwar sowohl zwischen der Prämessung und der Postmessung als auch zwischen Prämessung und Follow-up. Dies ist zwischen den beiden Extremgruppen Schulintervention (kleinste Veränderungen) und der Kombinationsgruppe zwischen der Prämessung und dem Follow-up (grösste Veränderungswerte vgl. Tabelle 59) zu beobachten. Auch hinsichtlich des selbstberichteten Stresses zwischen T1-T3 kann ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Dieser kann mit dem Scheffé-Test jedoch nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 59: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 bzw. T1-T3 der Konstrukte psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, nach Interventionsgruppe im Cluster NEGATIV

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit					
Change T1-T2					
	Kontrollgruppe a	Schule b	Familie c	Schule/ Familie d	Gruppenunterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Angst	-.300 (1.860)	-.017 (2.097)	-.500 (2.064)	-.696 (2.601)	n.s.
Depression	-.200 (3.178)	.220 (3.596)	-1.867 (3.093)	-2.130 (4.455)	n.s.
Stress	-.679 (3.465)	-.088 (3.943)	-1.071 (3.377)	-2.091 (3.598)	n.s.
Resilienz	-.032 (.937)	.144 (.855)	.279 (.637)	.318 (.607)	n.s.
Change T1-T3					
Angst	-.654 (1.832)	-.600 (1.776)	-1.185 (2.185)	-.958 (2.177)	n.s.
Depression	-.963 (2.875)	-.356 (3.392)	-2.154 (3.495)	-3.174 (4.119)	a>b+, a<c+, a<d+, b<c+, b<d*, c<d+
Stress	-.520 (3.216)	-1.156 (2.852)	-2.120 (3.632)	-3.217 (4.089)	n.s.
Resilienz	.163 (.470)	.204 (.821)	.182 (.589)	.455 (.696)	n.s.

*** p<.001, ** p <.01, * p<.05, + p≥.05

9.3.2.3.1.2 Zufriedenheit der Eltern

In Cluster NEGATIV konnte im Vergleich zu den beiden anderen Clustern der konstanteste positive Verlauf der Elterzufriedenheit hinsichtlich Partnerschaft und Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden (vgl. 9.2.2.1.2). Interessant ist es nun zu analysieren, wie sich die Werte in Cluster NEGATIV auf die einzelnen Untersuchungsgruppen verteilen. Die Verteilung der Eltern Daten des Clusters NEGATIV, mit jeweils gültigen Werten auf den zwei Skalen der Elternzufriedenheit, findet sich in Tabelle 60.

Tabelle 60: Verteilung der Eltern des Clusters NEGATIV mit gültigen Werten in den Dimensionen Elternzufriedenheit auf die vier Untersuchungsgruppen

	Partnerschaftszufriedenheit (N=)		Lebenszufriedenheit (N=)	
	T1-T2	T1-T2	T1-T3	T1-T3
Kontrollgruppe	29	28	26	26
Schule	54	57	47	44
Familie	29	31	27	25
Schule/Familie	20	24	24	24
Total	132	140	124	119

Wie sich in Abbildung 23 zeigt, kann hinsichtlich der Elternzufriedenheit, mit Ausnahme der Lebenszufriedenheit in der Kombinationsgruppe, zwischen T1 und T2 eine Zunahme in allen Interventionsgruppen verzeichnet werden. Beim Follow-up nehmen die Changewerte der Partnerschaftszufriedenheit, mit Ausnahme der Kombinationsgruppe im Vergleich zur Postmessung, etwas ab. Dafür verändert sich die Lebenszufriedenheit zum Follow-up hin mit Ausnahme der Schulinterventionsgruppe positiv. Diese Veränderungswerte sind jedoch sehr gering, ebenso die Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen bzw. zur Kontrollgruppe.

Veränderung Elternzufriedenheit nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

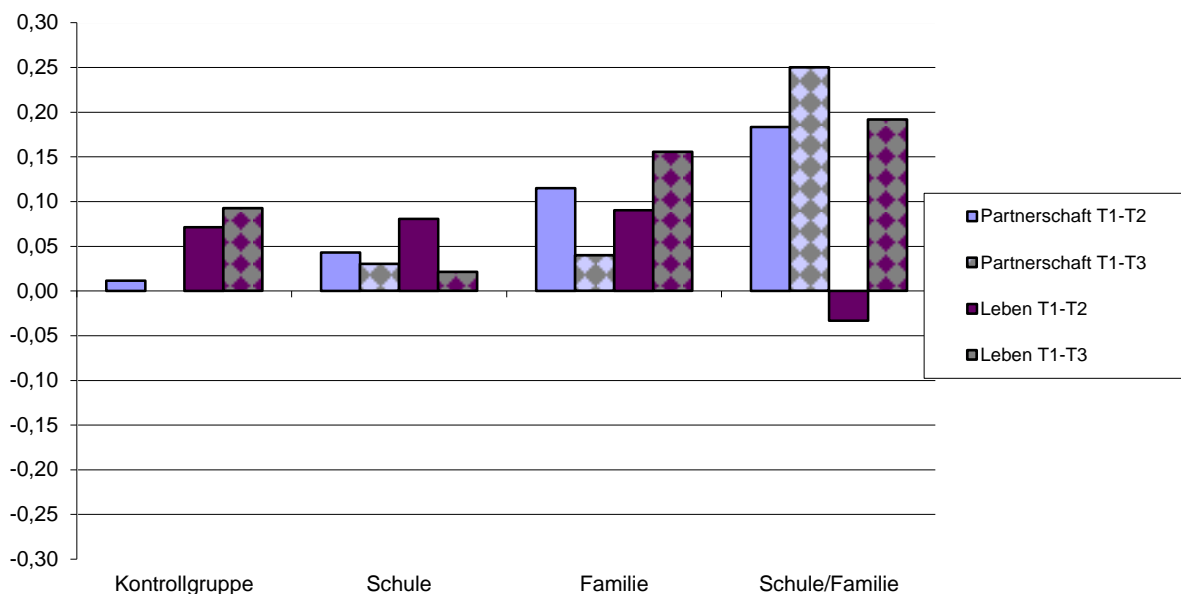


Abbildung 23: Elternzufriedenheit (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters NEGATIV, nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 62

Wie die Abbildung 23 schon nahe legte, erreichen die geringen Mittelwertsunterschiede kein signifikantes Niveau, wie die in Tabelle 62 dargestellten Ergebnisse zeigen.

Tabelle 61: Differentielle Veränderung der Elternzufriedenheit zwischen T1-T2 bzw. T1-T3, nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

Zufriedenheit der Eltern ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Partnerschaftszufriedenheit	140	.366 (7/132)	.777	124	.866 (7/116)	.461
Lebenszufriedenheit	132	.489 (7/124)	.691	119	.782 (7/111)	.506

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Tabelle 62: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte Elternzufriedenheit, nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

Elternzufriedenheit					
Change T1-T2					
	Kontrollgruppe	Familie	Schule	Schule/Familie	Gruppenunterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Partnerschaftszufriedenheit	.012 (.450)	.043 (.679)	.115 (.498)	.183 (.616)	n.s.
Lebenszufriedenheit	.071 (.429)	.081 (.533)	.090 (.403)	-.033 (.530)	n.s.
Change T1-T3					
Partnerschaftszufriedenheit	.000 (.481)	.030 (.609)	.040 (.754)	.250 (.923)	n.s.
Lebenszufriedenheit	.092 (.316)	.021 (.457)	.156 (.401)	.192 (.628)	n.s.

9.3.2.3.2 Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Die Change-Resultate zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 bzw. T1 und T3 haben gezeigt, dass die Werte des prosozialen Verhaltens der Kinder sich in allen drei Clustern positiv entwickelten und das Problemverhalten der Kinder nach der Intervention generell abgenommen hat. Zwischen dem Erhebungszeitraum T1 und T3 erzielten die Familien des Clusters NEGATIV die besten, wenn auch nicht signifikante, Veränderungswerte. Im Folgenden wird wieder der Frage nachgegangen, wie sich diese Veränderungswerte innerhalb des Clusters NEGATIV auf die einzelnen Interventionsgruppen verteilen.

Die Elterneinschätzungen des Clusters NEGATIV, mit jeweils gültigen Werten auf den zwei Skalen kindlichen Stärken und Schwächen, verteilen sich wie folgt auf die vier Untersuchungsgruppen (vgl. Tabelle 63):

Tabelle 63: Verteilung der Familien des Clusters NEGATIV mit gültigen Werten in den Dimensionen prosoziales Verhalten und Gesamtproblemverhalten auf die vier Untersuchungsgruppen

	Prosoziales Verhalten (N=)		Gesamtproblemverhalten (N=)	
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
Kontrollgruppe	28	27	29	25
Schule	57	46	57	44
Familie	31	27	28	27
Schule/Familie	24	24	22	24
Total	140	124	136	120

Abbildung 24 zeigt die Entwicklung über die zwei Erhebungszeiträume und Interventionsgruppen, in Tabelle 65 sind Mittelwerte und Standardabweichung dargestellt.

Die grösste Verbesserung der Werte zeigt sich in der Untersuchungsgruppe mit der Kombinationsintervention Schule und Elternhaus. Aber auch in den Interventionsgruppen mit den einzelnen Interventionen in Schule und Familie zeigen sich positive Effekte hinsichtlich der Förderung der Stärken und Verminderung der Schwächen der Kinder. Dieser Effekt ist auch etwas schwächer in der Kontrollgruppe nachweisbar. Die Kinder der Kombinationsgruppe verbessern ihre Werte auf den beiden Skalen vor allem kurz nach Abschluss der Interventionen zu T2. Diese positiven Effekte sind zum Follow-up hin leicht rückläufig. Im Gegensatz dazu zeigt sich in den Gruppen Schulintervention und Familienintervention vor allem ein starker Anstieg der Veränderungswerte zur Follow-up-Messung.

Veränderung der Stärken und Schwächen nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

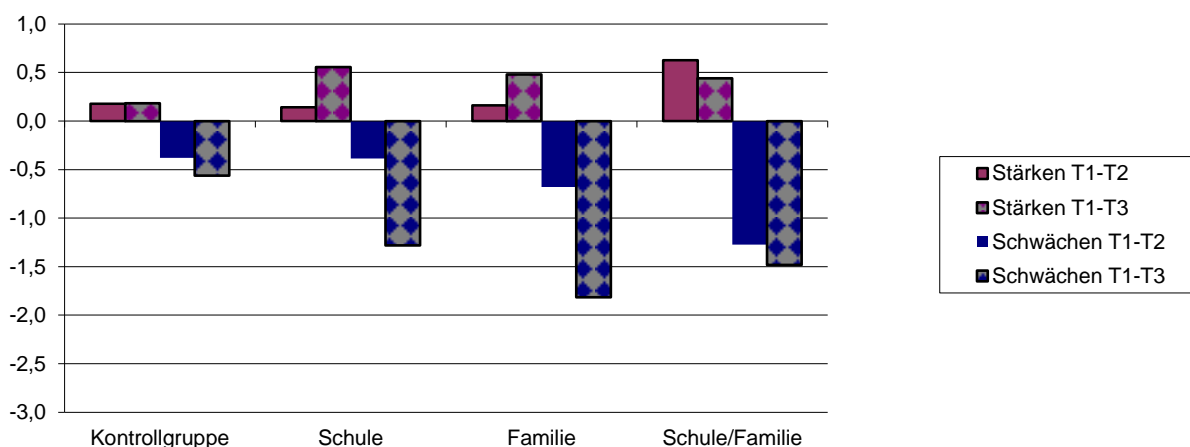


Abbildung 24: Stärken und Schwächen der Kinder in der Elterneinschätzung (Changevariablen T1-T2 und T1-T3) des Clusters NEGATIV, nach Untersuchungsgruppen; Mittelwerte und Standardabweichung vgl. Tabelle 65

Diese in Abbildung 24 dargestellten Unterschiede sind nicht überzufällig zu Stande gekommen, wie sich in Tabelle 64 zeigt. Die Gruppen unterscheiden sich also in den Veränderungswerten zu kindlichen Stärken und Schwächen zwischen den beiden Erhebungszeiträumen T1-T2 und T1-T3 nicht signifikant voneinander (vgl. auch Tabelle 65).

Tabelle 64: Differentielle Veränderung der kindlichen Stärken und Schwächen mit Unterskalen zwischen T1-T2 bzw. T1-T3, nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

Stärken und Schwächen der Kinder ¹	Change T1-T2			Change T1-T3		
	N	Anova F (df1/df2)	Sig.	N	Anova F (df1/df2)	Sig.
Prosoziales Verhalten	140	.484 (7/132)	.694	124	.209 (7/116)	.890
Gesamtproblemverhalten	136	.337 (7/128)	.799	120	.610 (7/112)	.610

¹ kontrolliert nach Geschlecht

Tabelle 65: Gruppenunterschiede in der Veränderung T1-T2 und T1-T3 der Konstrukte kindliche Stärken und Schwächen, nach Interventionsgruppe in Cluster NEGATIV

Stärken und Schwächen der Kinder					
Change T1-T2					
	Kontroll- gruppe	Familie	Schule	Schule/ Familie	Gruppen- unterschiede (Scheffé)
Konstrukte	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	
Prosoziales Verhalten	.179 (1.588)	.140 (2.022)	.161 (1.293)	.625 (1.740)	n.s
Gesamtproblemverhalten	-.379 (4.238)	-.386 (3.421)	-.679 (3.323)	-1.273 (5.522)	n.s.
Change T1-T3					
Prosoziales Verhalten	.185 (1.388)	.556 (2.302)	.482 (1.122)	.440 (1.873)	n.s
Gesamtproblemverhalten	-.560 (3.404)	-1.279 (3.737)	-1.815 (2.617)	-1.480 (4.283)	n.s

9.3.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel ging es darum, näher zu prüfen, auf welche Interventionen die Effekte, die unter 9.2 pro Cluster dargestellt wurden, zurückgeführt werden können. Hinsichtlich der Elternskalen zur Zufriedenheit und psychischen Widerstandsfähigkeit konnte eine Verbesserung vor allem durch die Interventionsformen im Elternhaus (sowohl Einzel- als auch Kombinationsintervention) erwartet werden. Hinsichtlich der Kinddaten sollten alle Interventionsformen Effekte gehabt haben können. Die grösste Verbesserung konnte aufgrund der in 9.2 dargestellten Ergebnisse in Cluster NEGATIV erwartet werden.

9.3.3.1 Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Unter 9.2 konnte gezeigt werden, dass sich über die drei Messzeitpunkte signifikante Unterschiede in den Veränderungswerten im Hinblick auf die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der Eltern ergeben haben, dies zwischen der Prämessung und dem Follow-up, nicht jedoch zum Messzeitpunkt T2. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die Eltern des Clusters NEGATIV von den ESSKI-Interventionen profitiert zu haben scheinen und dies auf allen vier Gesundheitsdimensionen (Angst und Depression im Vergleich zu sowohl Cluster MITTEL als auch Cluster POSITIV, hinsichtlich Stress und Resilienz im Vergleich zu Cluster POSITIV).

In der unter 9.3 durchgeführten Detailanalyse der einzelnen Cluster hinsichtlich der Veränderungswerte in den einzelnen Untersuchungsgruppen zeigt es sich, dass im Cluster POSITIV insbesondere die Eltern aus der Familieninterventionsgruppe von ESSKI profitiert haben. Hinsichtlich der Stresswerte zu T2 ist dies sogar sehr signifikant mehr als in den Familien der Kontrollgruppe, was sich nicht zuletzt durch die hohe Zunahme des selbstberichteten Stresses in der Kontrollgruppe zu T2 erklären lässt. In der Schul- und Kontrollgruppe konnte denn auch eine generelle negative Entwicklung der psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit nachgewiesen werden. Die Kombinationsgruppe

profitiert nur hinsichtlich des selbstberichteten Stresses zu T2 (signifikant besser als in der Kontrollgruppe). Ansonsten bleiben die Werte relativ stabil zu den Ausgangswerten von T1.

In Cluster MITTEL zeigt sich ein tendenziell ähnliches Bild: Auch hier profitieren die Eltern, insbesondere in den Familieninterventionsgruppen, vor allem im Hinblick auf den elterlichen Stress. Hier verbessern sich die beiden Familieninterventionsgruppen signifikant bzw. sehr signifikant gegenüber den Eltern in der Kontroll- und Schulgruppe. Die beiden Gruppen, in denen keine Familienintervention stattgefunden haben, berichten zur Postmessung durchschnittlich eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit, zum Follow-up hin verbessern sich die Werte der Kontrollgruppe im Vergleich zu den Ausgangswerten etwas.

In Cluster NEGATIV zeigt sich ebenfalls ein deutlich stärkerer Profit in den Familieninterventionsgruppen. Insbesondere in der Kombinationsgruppe zeichnen die Changewerte über die Messzeitpunkte hinweg nicht nur ein stabil bleibendes Bild, die Eltern berichten auch von einer weiteren Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit hin zum Follow-up. Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass in Cluster NEGATIV auch die Familien der Kontrollgruppe auf fast allen untersuchten Dimensionen eine positive Entwicklung über die drei Messzeitpunkte berichten, weshalb die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen nicht signifikant sind (mit Ausnahme der Veränderung der Dimension Depression zu T3 zwischen Schulinterventions- und Kombinationsgruppe). Dies kann einerseits mit einem statistisch erwartbaren Effekt der Regression zur Mitte der Gruppe mit den schlechtesten Ausgangswerten erklärt werden, möglich ist aber auch eine positive Entwicklung aufgrund der Projektteilnahme.

Dass insbesondere in den Gruppen mit Familieninterventionen eine positive Entwicklung festgestellt werden konnte, überrascht nicht, wurde doch mit der Familienintervention auf die elterliche Gesundheit eingewirkt und nicht mit der Schulintervention.

9.3.3.2 Zufriedenheit der Eltern

In den unter 9.2.2.1.2 analysierten Dimensionen der Elternzufriedenheit konnten keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung zwischen den Clustern gefunden werden. Tendenziell zeichnet sich aber auch in diesen Konstrukten ein ähnliches Bild: Cluster NEGATIV verbessert sich in der Elternzufriedenheit (mit Partnerschaft und Leben) konstant über die Messzeitpunkte T1, T2 und T3.

In der Detailanalyse der einzelnen Cluster bezüglich der Wirksamkeit der einzelnen Interventionen zeigt sich in Cluster POSITIV und MITTEL ein gemischtes Bild, denn in keiner Untersuchungsgruppe verbessern sich die Werte beider Zufriedenheitsdimensionen. Dabei zeigt sich, dass die Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit generell mehr variiert über die drei Messzeitpunkte als dies bei der selbstberichteten Lebenszufriedenheit der Fall ist. In Cluster NEGATIV zeigt sich eine generelle Zunahme der Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit gegenüber den Ausgangswerten, sowohl zur Postmessung als auch zum Follow-up (Ausnahme: Kombinationsintervention Lebenszufriedenheit zur Postmessung). Eine konstante Verbesserung der selbstberichteten Elternzufriedenheit hinsichtlich beider Dimensionen zeigt sich aber nur in der Kombinationsgruppe dieses Clusters. Bezüglich der Elternzufriedenheit profitieren demnach die Eltern des Clusters NEGATIV stärker von ESSI als die Erziehungsberechtigten der beiden anderen Cluster und dabei in erster Linie die Eltern der Familieninterventionsgruppen dieses Clusters. Im Vergleich zur Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit der Kontrollgruppeneltern verändern sich die Werte der Kombi-

nationsgruppe zum Follow-up jedoch nur in Cluster MITTEL sehr signifikant unterschiedlich (zwischen Kontroll- und Kombinationsgruppe).

9.3.3.3 Gesundheits- und Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Der Vergleich der drei Cluster hat gezeigt, dass die Kinder aller Cluster von ESSKI, im Hinblick auf ihre Ausgangswerte, profitieren doch es sind die Kinder des Clusters NEGATIV und MITTEL, welche vor allem hinsichtlich ihrer Schwächen stärker von ESSKI profitieren als diejenigen des Clusters POSITIV.

In der in diesem Unterkapitel angestellten Detailanalyse der einzelnen Untersuchungsgruppen in den Clustern zeigen sich in Cluster POSITIV und MITTEL signifikante bzw. sehr signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionsgruppen. Dies in erster Linie hinsichtlich der Veränderungswerte des Problemverhaltens zu den Messzeitpunkten T2 und T3 zwischen der Kombinationsinterventionsgruppe und der Kontrollgruppe (T1) bzw. Schulinterventionsgruppe (T2). Es scheint, dass die Familienintervention der Schulintervention in der Förderung der Stärken und Schwächen überlegen ist (Cluster POSITIV; Cluster MITTEL zu T3). Hinsichtlich der Stärken profitieren die Kinder des Clusters MITTEL in der Elterneinschätzung signifikant mehr von der Kombinationsintervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis kann zu T3 nicht mehr nachgewiesen werden.

In Cluster NEGATIV verändern sich alle Werte über die beiden Messzeiträume T1-T2 und T1-T3 positiv: Den Kindern werden ein besseres prosoziales Verhalten und weniger Schwächen attestiert: Diese Entwicklung verstärkt sich hin zum Follow-up (Ausnahme Kombinationsgruppe Stärken). Aufgrund der generellen Verbesserung, sowohl in der Kontrollgruppe als auch in den Interventionsgruppen, erreichten die Werte keine signifikanten Gruppenunterschiede.

10 Zusammenfassung, Diskussion und abschliessende Betrachtung

Im Folgenden werden die Resultate der Datenanalysen mit den theoretischen Befunden des ersten Teils dieser Dissertation verbunden und diskutiert. Zudem werden Überlegungen zur Rolle der Sozialen Arbeit in Gesundheitsförderung und Prävention angestellt.

10.1 Ausgangslage

Kinder und Jugendliche gehen mit den an sie herangetragenen externen und den internen Herausforderungen sehr unterschiedlich um. Wie die SMASH-Studie (Narring et al. 2002) und die Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS 2002) für die Schweiz aufzeigen, fühlen sich die meisten Jugendlichen gesund, berichten eine hohe psychische Ausgeglichenheit und fühlen sich im persönlichen Umfeld gut aufgehoben. Daneben können diese positiven Ergebnisse aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass jede dritte Person zwischen 15 und 24 Jahren angibt, oft unruhig, angespannt und gereizt zu sein (BFS 2002) sowie dass zunehmend mehr Jugendliche über psychische Schwierigkeiten und Suchtprobleme klagen (Narring et al. 2002).

Wie im ersten Teil dieser Arbeit gezeigt werden konnte, befindet sich der Mensch als ein die Realität produktiv verarbeitendes Subjekt in einem komplexen Gefüge von Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcen und Risiken. Die Bilanz aus diesem Zusammenspiel ergibt die Gesundheits- und Entwicklungschancen, welche den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen. Als Moderatoren zwischen Belastungen und Entwicklungsrisiken einerseits und Symptomen von Gesundheit und Krankheit andererseits agieren personale und soziale Ressourcen. Mit dem holistischen Verständnis von Gesundheit werden Gesundheits handeln und Krankheitsgeschehen zunehmend als Produkt sozialer Herstellungspraxen verstanden. Damit gerät die biographische Bedingtheit dieses Prozesses ins Blickfeld.

Auf eine problematische Art manifestieren sich Überforderungen der individuellen Bewältigungskapazität im menschlichen Entwicklungs- und Lebensverlauf. Wie unter Kapitel 2 dargestellt, sind psychische Probleme, soziale Auffälligkeiten und körperliche Erkrankungen Ausdruck einer Überbeanspruchung der individuellen Bewältigungskapazitäten eines Individuums (Erhart et al. 2008). Diese Überforderungserscheinungen und Entwicklungsrisiken können nicht alleine durch das kurativ ausgerichtete Gesundheitssystem entschärft werden (vgl. Nordenfelt 1998). Hier setzen Gesundheitsförderung und Prävention an, die neben der Erhaltung von Gesundheit und dem Schutz vor Krankheit auch die zentrale Rolle von Lebensqualität sowie die Erfüllung und persönliche Entfaltung von Potenzialen und Ressourcen in den Fokus nehmen.

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention streben einem Gesundheitsgewinn bzw. einem Zugewinn an Lebensqualität zu. Insbesondere müssen die Bemühungen um eine Verbesserung von Gesundheitschancen auf die Lebensphase ‚Kindheit‘ fokussieren. Kinder befinden sich in einer zentralen Phase ihrer Entwicklung, deren Ergebnis auf den gesamten weiteren Lebensverlauf Einfluss nehmen wird. Aus diesem Grund propagiert die WHO unter anderem auf der Verhaltensebene die Förderung von zentralen Lebenskompetenzen, da diese Fähigkeiten und Fertigkeiten die Kinder und Jugendlichen dazu befähigen, sich vor Gesundheitsrisiken zu schützen, den positiven Umgang mit Entwicklungsherausforderungen för-

dern und den Aufbau von gesunden Beziehungen unterstützen. Dabei sollen die Startchancen von Kindern und Jugendlichen verbessert, ihre Ressourcen gestärkt und ihre Risikolagen vermindert werden. Die Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen hat sich denn auch als wirksame Strategie in der Befähigung der Kinder zu einem problemlösungsorientierten Umgang mit Anforderungen, Belastungen, Konflikten sowie Stress herausgestellt.

Zentrales und inzwischen auch in der Schweiz für die Gesundheitsförderung und Prävention stark genutztes Setting für eine solche Lebenskompetenzförderung ist die Schule, dabei insbesondere die Primarstufe, soll doch die Förderung der Kompetenzen möglichst früh einsetzen. Die Schule stellt sowohl ein hohes Belastungspotential für Kinder dar, gleichzeitig ist sie aber auch der Ort, wo Kinder und Jugendliche in ihren zentralen Entwicklungsaufgaben unterstützt werden. Die Schule ist ein zentraler sozialer Lebensraum, eine Promotorin von Entwicklungsangelegenheiten in der Zeit von Kindheit und Jugend. Schule leistet damit mehr als bloss formale und informelle Wissens- und Kompetenzvermittlung.

Als weiteres zentrales Setting der Kinder und Jugendlichen ist in den letzten Jahren zusehends auch die Familie ins Blickfeld von Präventionsstrategien geraten. Familie als verstecktes Gesundheitssystem und ihr grosser Einfluss auf den gesundheitsbiographischen Lebensverlauf ihrer Mitglieder macht sie zu einer primären Promotorin von Gesundheitsstrategien, -einstellungen und -verhalten. Neben sozioökonomischen Determinanten der Herkunftsfamilie konnten auch die emotionale und psychosoziale Lage der Familie und der Familieninteraktion und -kommunikation als wichtige Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus der Kinder und Jugendlichen identifiziert werden. Diese Einflüsse sind auch noch nach Verlassen der Herkunftsfamilie prägend für den weiteren Verlauf der individuellen Gesundheitsbiographie. Auf die Familie ausgerichtete Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte haben es sich zum Ziel gesetzt, diese familiäre Prägung möglichst positiv zu unterstützen. Meist sind es elternzentrierte Ansätze, welche als Familienbildung angeboten werden. Sie sollen die Erziehungskompetenz der Eltern verbessern helfen, um ein besseres Familienklima und eine förderlichere Familienumwelt für alle Haushaltsmitglieder zu schaffen. Die Eltern werden so in ihrer Kontrollfähigkeit sowie im Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit unterstützt. Aufgrund ihrer relativen Abgeschlossenheit und ihres starken Privatheitcharakters ist die Zielgruppe Familie jedoch schwerer zu erreichen als dies für das Setting Schule der Fall ist.

Im zwischen 2004 und 2006 durchgeführten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) kommen die beiden Settings Schule und Familie zum Tragen. Ziel des Forschungs- und Entwicklungsprojekts war es, die Ressourcen-Belastungs-Bilanz der am Projekt teilnehmenden Kinder, Eltern und Lehrpersonen durch die Förderung von zentralen Kompetenzen für den Umgang mit sich selber und mit dem sozialen Umfeld im Schul- und Familiensetting zu verbessern. Erreicht werden sollte dies durch Interventionen auf der Ebene der Kinder (*Fit und stark fürs Leben*) und der Erwachsenen (Lehrpersonen *Die eigenen Ressourcen stärken* bzw. Eltern *Triple P*). Das Projekt wurde mittels einer randomisierten, experimentellen Kontrollgruppenstudie evaluiert, um die Interventionen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit wurden an anderer Stelle publiziert (Fäh 2009, Schmid et al. 2008, Cina et al., submitted). Wie die Evaluation des Projekts nachweisen konnte, war es vor allem die Familienintervention, welche wirksame Effekte bei der Zielgruppe erreichen konnte.

In der vorliegenden Arbeit ging es darum, in einer Teilanalyse der Daten Aussagen zu den an ESSKI teilnehmenden Eltern zu machen. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit gezeigt werden konnte, helfen elternzentrierte, universelle Interventionsprogramme bei der Optimierung des Familienklimas und der Eltern-Kind-Beziehung. Sie vermitteln Erziehungs- und Handlungskompetenzen und vergrössern damit das

Bewältigungspotential von Familien in schwierigen Situationen. Fragen, welche in der Hauptstudie nicht im Fokus standen und in vorliegender Dissertation diskutiert und analysiert wurden, sind die Familienerreichbarkeit sowie die Wirksamkeit der Interventionsmassnahmen in Abhängigkeit unterschiedlicher Erziehungskontexte. In der vorliegenden Arbeit stehen aus diesem Grund drei Hauptfragestellungen zentral, die einer Beantwortung zugeführt wurden.

- I. Wurden vor allem Eltern von gesunden, unauffälligen Kindern mit dem Angebot ESSKI erreicht und damit jene von psychisch weniger gesunden und auffälligeren Kindern weniger rekrutiert?**
- II. Zeichnen sich diejenigen Familien, welche mit einem weniger vorteilhaften elterlichen Erziehungsverhalten ins Programm ESSKI gestartet sind, durch eine schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie eine geringere Elternzufriedenheit aus, und erzielen deren Kinder höhere Werte bezüglich des auffälligen Verhaltens und geringere Werte im prosozialen Verhalten?**
- III. Kann die Gruppe Familien mit tieferen Ausgangswerten in ihrer Erziehungskompetenz ebenso von den ESSKI-Interventionen profitieren wie diejenigen Eltern, deren Erziehungsverhalten als positiv einzuschätzen ist, und welche Interventionen sind besonders unterstützend?**

Im Folgenden werden die aus den in dieser Arbeit dargestellten Analysen gewonnen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und im Hinblick auf die im theoretischen Teil erörterten Fakten diskutiert.

10.2 Familienerreichung im Projekt ESSKI

Bei Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Familie stellt die Erreichbarkeit der Zielgruppe eine grosse Hürde dar. Meist ergibt sich eine Positivselektion teilnehmender Eltern. Bildungsferne Erziehende, Menschen aus anderen Kulturkreisen und sozioökonomisch schwache Familien finden weniger Zugang zu Familienbildungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen bzw. werden weniger gut durch solche Interventionen erreicht (vgl. Bauer 2005, Bauer & Blittingmayer 2005, Heinrichs et al. 2006a, Hurrelmann & Laaser 2006, Mengel 2007, Ortmann & Waller 2005, Schneider & Pokora 2008). Zurückgeführt wird dieser Umstand einerseits auf die Angebotsstruktur und andererseits auf Zugangsbarrieren von Seiten der Zielgruppe. Die Angebotsstruktur stellt mit ihrer oft sowohl konzeptionell als auch pragmatisch unreflektierten Mittelschichtorientierung und ihrer kommunikativen Verengung auf Printmedien (vgl. Franzkowiak & Wenzel 2001) sowie der vorwiegenden *Komm-Struktur* der Interventionen (vgl. Ortmann & Waller 2005) eine Zugangsbarriere insbesondere für benachteiligte Zielgruppen dar. Von Seiten der benachteiligten Familien werden als hemmende Faktoren für eine Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen die fehlende Kenntnis von familienbildenden Angeboten genannt, ebenso die geringe Übereinstimmung mit eigenen Interessen, der eingeschränkte Zugang zur Infrastruktur, die niedrige Nutzererwartung sowie die generell geringeren finanziellen und persönlichen Ressourcen (Mengel 2007). Für Familienbildungsprogramme, die sich in erster Linie auf die Förderung von Erziehungskompetenzen der Eltern richten bedeutet dies, dass vor allem unterprivilegierte Elterngruppen von Angeboten im Allgemeinen und von Elternbildungsprogrammen im Besonderen am wenigsten Gebrauch machen oder frühzeitig aus dem Training ausscheiden (Bauer & Blittingmayer 2005). Die Studie von Gutzwiller & Wydler (2005) zum Zusammenhang von der sozioökonomischen Lage von Familien und den elterlichen Erziehungsstilen

weist einen deutlichen sozialen Gradienten im elterlichen Erziehungsgeschehen nach. Da ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern und die Entwicklung und der Verlauf von kindlichen Verhaltensstörungen einander bedingen und prozessual verstärken (vgl. Franiek & Reichle 2007, Fuhrer 2008, Hahlweg et al. 2008, Ihle et al. 2005, Klocke & Becker 2003, Reichle & Gloger-Tippelt 2007, Schneewind 2008), kann davon ausgegangen werden, dass Kinder dieser Familien eher ein auffälliges internalisierendes und/oder externalisierendes Verhalten zeigen als Altersgenossen aus sozial weniger deprivierten Familien. Kinder mit vielen Schwächen und wenig Stärken scheinen mit den Anforderungen, die an sie herantreten bzw. herangetragen werden, nicht angemessen umgehen zu können. Diese Kinder und Jugendlichen bringen auch wenig Rüstzeug für neue an sie herangetragene Problemstellungen und interne Konflikte mit. Sie sind aus diesem Grund gegenüber Kindern mit vielen Stärken und wenig auszumachenden Schwächen als doppelt benachteiligt einzuschätzen. Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass benachteiligte Familien sowie Familien mit einer erschwerten Lebenssituation einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind.

Aufgrund der mitunter hohen Zugangsschwellen für benachteiligte und damit gesundheitsgefährdete Familien hat sich die Projektleitung ESSKI für eine niederschwellige, medien- und coachinggestützte (und damit aufsuchende), mehrsprachige und kostenlose Interventionsform des Elternbildungsprogramms *Triple P* entschieden, um die oben genannten Zugangsbarrieren möglichst ausschalten zu können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde nun geprüft, ob das Phänomen *Preaching to the converted* auch für das Teilnahmeverhalten der Eltern am Elternbildungsprogramm *Triple P* zum Tragen kam.

In der ESSKI-Begleitstudie wurden nur die sozioökonomischen (vertikale Ungleichheit: höchster Bildungsabschluss Familie) und persönlichen Merkmale (horizontale Ungleichheiten: Alter ausfüllender Elternteil, Anzahl Kinder, Zivilstand, Erwerbstätigkeit, Wohnsituation, Dauer der Partnerschaft, Partnerschaftsstatus) derjenigen Familien erhoben, welche am Programm teilnahmen. Einzig die Angaben zur Nationalität liegen für alle Familien vor. Fäh (2009) konnte in ihrer Dissertation nachweisen, dass Familien aus nicht-schweizerischen kulturellen Kontexten anteilmässig weniger für eine Teilnahme am Elternbildungsprogramm *Triple P* motiviert werden konnten als Schweizer Familien. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass generell sozioökonomisch schwache Familien weniger erfolgreich für ESSKI gewonnen werden konnten.

Da aufgrund der fehlenden Angaben keine Aussage zu den nicht-teilnehmenden Eltern selbst gemacht werden kann, wurde mittels der Stärken und Schwächen der Kinder in der Lehrpersoneneinschätzung geprüft, welche Familien mit dem Projekt erreicht werden konnten. Primäres Ziel von ESSKI war es, das Wohlbefinden der Kinder zu steigern, sie in ihren Stärken zu unterstützen und auffälliges Verhalten zu reduzieren. Die Angaben zu den Stärken und Schwächen der Kinder gemäss der Einschätzung durch die Lehrpersonen liegen für alle ESSKI-Kinder vor.

Die erste im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu beantwortende Fragestellung lautet deshalb:

I. Wurden vor allem Eltern von gesunden, unauffälligen Kindern mit dem Angebot ESSKI erreicht und damit jene von psychisch weniger gesunden und auffälligeren Kindern weniger rekrutiert?

Die Ergebnisse der Analyse der Schuldaten zur Prämessung haben ergeben, dass sich die Gruppen derjenigen Kinder, deren Eltern sich in ESSKI engagiert haben von denjenigen Kindern, deren Eltern nicht an *Triple P* und der Evaluation teilgenommen haben, nicht signifikant unterscheiden. Von den Kindern, deren Eltern sich zu einer Teilnahme entschlossen haben, werden in der Einschätzung der Lehrpersonen sogar etwas höhere Mittelwerte auf den Skalen zum externalisierenden Problemverhalten (Hyperaktivität, Problemverhalten mit Gleichaltrigen und Verhaltensprobleme) berichtet. Hinsichtlich der Erreichbarkeit von

Eltern und Familien kann demnach konstatiert werden, dass sich - zumindest in der Einschätzung der Lehrpersonen - nicht die Eltern von gesünderen oder angepassteren Kindern für das Interventionsprogramm angemeldet haben, sondern eine Gruppe Eltern mit einer für die ESSKI-Klassen durchschnittlichen Kinderpopulation, die nicht als problematischer, gefährdeter oder auffälliger wahrgenommen werden. Im Hinblick auf das kindliche Verhalten und die kindliche Gesundheit hat sich demnach eine für die Zielpopulation repräsentative Gruppe zu ESSKI angemeldet.

Dies ist neben dem Umstand, dass mit dem Projekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) 60% der angesprochenen Familien erreicht werden konnten, als überaus positiv zu werten und weist darauf hin, dass die Anwerbsstrategien des Projekts überaus erfolgreich waren und dass die Schule als Ausgangspunkt zur Erreichung von Familien für die Anliegen von Gesundheitsförderung und Prävention sehr geeignet ist. Insbesondere scheint aber auch das niederschwellig organisierte Angebot von *Triple P* mit seinem aufsuchenden Charakter für die Zukunft eine vielversprechende Interventionsstrategie zu sein, da mit ihm statt der gemäss Erfahrungswerten von Teilnehmeraten an Elternbildungsangeboten erwartbaren 30% - 50% (vgl. Heinrichs et al. 2006a) über die Hälfte der angesprochenen Familien für ESSKI gewonnen werden konnten.

Die Ergebnisse von Fäh (2009) legen nahe, dass neue, erfolgversprechende Anwerbs- und Interventionsstrategien vor allem im Hinblick auf Familien mit Migrationshintergrund, geprüft und evaluiert werden sollten. Um auch die letzten 40% der Eltern erreichen zu können, sollten neben der Schule weitere Akteurinnen und Akteure im Feld für die Anwerbung von Familien aktiviert werden, wie z.B. Foren zur schulischen Elternmitwirkung, Mittagstische, zielgruppenspezifische Netzwerke (z.B. Kulturvermittler und Kulturvermittlerinnen, FemmesTische), Elternbildungsorganisationen. Um die Gesamtwirkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter zu erhöhen, bedarf es einer fachübergreifenden Zusammenarbeit (vgl. Dratva et al. 2009). Nur so können die frühen präventiven und sozialpädagogischen Chancen der Gesundheitserhaltung ausgeschöpft werden.

10.3 Erziehungskontexte im Projekt ESSKI und deren Merkmale

Die Familie als der wichtigste Ort der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern ist ein Netzwerk, in dem soziales Verhalten und Einstellungen früh entwickelt und erlernt werden. Oftmals wird die Familie sogar als wichtigster Kontext für die Ausbildung und Entwicklung von gesundheitsrelevanten Konzepten angesehen. Familien fungieren als verstecktes Gesundheitssystem. Die Familie wirkt auf die Verhütung, Entstehung, Entwicklung und Bewältigung von Erkrankungen entscheidend ein, sowohl durch diverse Unterstützungsleistungen als auch durch die Vermittlung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen (vgl. Kolip & Lademann 2006). Auch der Qualität der Familieninteraktion und -kommunikation wird eine grosse Gesundheitsrelevanz zugeschrieben. Die Familie als janusköpfige Institution wirkt sowohl über ihre protektiven Möglichkeiten als auch mittels gesundheitsgefährdender Risikofaktoren auf ihre Mitglieder ein.

Zu den gefährdenden Merkmalen von Familien zählen - wie oben gezeigt - familiäre Konflikte, inkonsistente elterliche Erziehungsstile und unstrukturierte Formen der Lebensführung. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der elterlichen Erziehungskompetenz. Diese hat einen direkten Einfluss auf die kindliche Entwicklung: Elterliche Wärme führt zu einem kompetenten Umgang der Kinder mit positiven Emotionen, während Responsivität zu einer guten Regulierung negativer Emotionen beiträgt (vgl. Schneewind 2008). Zudem können Kinder mit einer sicheren Bindung zu ihren nächsten Bezugspersonen Emotionen anderer Personen vollständiger und angemessener wahrnehmen. Ihnen stehen damit mehr adäquate Re-

aktionsmöglichkeiten zur Verfügung und dies bis ins Erwachsenenalter (Bindungsbereitschaft, Sozialverhalten, intellektuelles Vermögen, Selbstwertgefühl; Reichle & Gloger-Tippelt et al. 2007). Elterliche Machtausübung und elterliches Überengagement sowie Vernachlässigung der Kinder aber auch Überbehütung und überkontrollierendes Verhalten der Eltern hängt mit internalisierendem kindlichem Problemverhalten zusammen. Harte, nötigende und inkonsistente Erziehungsvarianten sowie die Ablehnung des Kindes können ihrerseits zu externalisierendem kindlichem Problemverhalten führen (vgl. Reichle & Gloger-Tippelt 2007, Ihle et al. 2005).

Mittels vier Skalen zur Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens (Nachsicht, Überreaktion, förderndes Erziehungsverhalten und Selbstwirksamkeit) wurden die Eltern des Projekts ESSKI hinsichtlich ihres Erziehungsverhaltens in drei Clustern zusammengefasst: POSITIV, MITTEL und NEGATIV. Die Clusterbildung ermöglichte einen gezielten Blick auf das Erziehungsverhalten der an der Evaluation teilnehmenden Eltern.

Cluster POSITIV zeichnet sich durch tiefe Werte auf den Skalen zu Nachsichtigkeit und Überreaktion und durch hohe Werte auf den Skalen zur Messung des fördernden Erziehungsverhaltens und der Selbstwirksamkeit aus. Dieses Erziehungsverhalten kann als positiv gewertet werden, da die Eltern durch förderndes Erziehungsverhalten dem Kind Raum zur eigenen Entwicklung lassen, es dabei aber auch nicht mit Gleichgültigkeit oder einem Übermass an Strenge behandeln. Zudem haben diese Erziehungsberechtigten das Gefühl, mit ihren Interventionen wirksam sein zu können. Ein im Vergleich zur Gesamtstichprobe eher durchschnittliches Erziehungsverhalten zeichnet die in Cluster MITTEL zusammengefassten Eltern aus. Die Eltern des Clusters NEGATIV zeigen das negativste Bild der Stichprobe bezüglich des Erziehungsverhaltens: Hier sind die Werte im Vergleich zur Gesamtstichprobe überdurchschnittlich hoch hinsichtlich Nachsichtigkeit und Überreaktion in der Erziehung bei gleichzeitigen Defiziten hinsichtlich förderndem Erziehungsverhalten und der Überzeugung, mit dem eigenen Handeln im Erziehungskontext auch tatsächlich wirksam zu sein.

Die drei Cluster wurden bezüglich sozioökonomischer und persönlicher Merkmale wie *Bildung* (höchster Bildungsstand Familie), *Alter ausfüllender Elternteil*, *Anzahl Kinder*, *Zivilstand*, *Erwerbstätigkeit*, *Wohnsituation*, *Dauer der Partnerschaft*, *Partnerschaftsstatus* und *Nationalität* miteinander verglichen. Erwartet wurde aufgrund theoretischer Überlegungen ein höherer Anteil bildungsferner Familien, sehr junger Eltern und Familien mit einer im Vergleich hohen Kinderzahl sowie Familien in Krise bzw. Trennung in Cluster NEGATIV. Der von Gutzwiller & Wydler (2005) berichtete Einfluss des sozialen Gradienten auf den elterlichen Erziehungsstil bildet sich in den vorliegenden Analysen der ESSKI-Daten nicht ab. Auch der Anteil Eltern, welche nicht in der Schweiz geboren wurden, verteilt sich gleichmässig über die drei Cluster. Ebenso ausgeglichen zeigen sich die drei Cluster bezüglich des Alters der Eltern, der Kinderzahl sowie des Partnerschaftsstatus.

Zu den im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellten gesundheitsrelevanten Einflüssen gehören neben der dyadischen Interaktion auch die Qualität des Ehe- bzw. Elternsubsystems mit den Faktoren Partnerschaftsqualität und Elterngesundheit. Die Qualität der elterlichen Paarbeziehung bildet nach heutigem Wissensstand einen zentralen Risiko- oder Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung (vgl. Fuhrer 2005, Ravens-Sieberger & Wille 2008). Störungen der Zweierbeziehung können direkt Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung und -Interaktion nehmen und beeinflussen schon die Verhaltensregulation von Kleinkindern negativ (vgl. Braune-Krickau et al. 2005, Gabriel & Bodenmann 2006, Petermann & Petermann 2006, Reichle & Gloger-Tippelt 2007, Schneewind 2008). Zudem konnte gezeigt werden, dass auch die psychi-

sche Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der Eltern ein wichtiger Prädiktor für das Problemverhalten und die Gesundheit von Kindern ist (vgl. Braune-Krickau et al. 2005, Lovejoy et al. 2000, Hahlweg et al. 2008). Hinsichtlich dieser Dimensionen wurden auch die in vorliegender Arbeit analysierten Daten der Stichprobe untersucht. Dabei wegleitend war folgende Fragestellung:

II. Zeichnen sich diejenigen Familien, welche mit einem weniger vorteilhaften elterlichen Erziehungsverhalten ins Programm ESKKI gestartet sind, durch eine schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie eine geringere Elternzufriedenheit aus, und erzielen deren Kinder höhere Werte bezüglich des auffälligen Verhaltens und geringere Werte im prosozialen Verhalten?

Die oben dargestellten theoretischen Annahmen werden durch die Ergebnisse der deskriptiven Analyse der Cluster bestätigt. In denjenigen Familien, welche sich durch ein im Vergleich zur Gesamtstichprobe positives Erziehungsverhalten auszeichnen, berichten die ausfüllenden Elternteile über weniger Angst, Depressionsneigung und Stress bei gleichzeitiger Überlegenheit in den Werten zur psychischen Widerstandsfähigkeit. Auch sind diese Eltern nach eigenen Aussagen zufriedener sowohl mit ihrem Leben als auch mit ihrer Partnerschaft. Das umgekehrte Bild zeigt sich bei denjenigen Eltern, welche im Vergleich zur Gesamtstichprobe das negativste Erziehungsverhalten zeigen. Die Eltern des Clusters NEGATIV verfügen über eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, sind im Allgemeinen weniger zufrieden mit ihrem Leben und der gegenwärtigen Partnerschaft. Auch hinsichtlich dem kindlichen Problemverhalten und dem prosozialen Verhalten der Kinder aus dem Projekt ESKKI zeigen sich, wie aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen zu erwarten war, signifikante bzw. hochsignifikante Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Clustern. Je höher die Erziehungskompetenz der Eltern, desto weniger Schwächen und mehr Stärken attestieren die Eltern ihren Kindern.

Für die Kinder des Clusters NEGATIV kann demgemäss zum Messzeitpunkt T1 eine Kumulation von Unterversorgungslagen in ihrem Familiensetting hinsichtlich der elterlichen Paarbeziehung, des psychischen Gesundheitszustandes und subjektiven Wohlbefindens der Eltern sowie der elterlichen Erziehungskompetenzen aber auch der herausfordernden Verhaltensweisen der Kinder selbst festgestellt werden. Diese in den anderen Clustern potenziell als Ressourcen aktivierbaren Dimensionen stehen im Vergleich zur Gesamtstichprobe für die Familien dieses Clusters nur in einem eingeschränkten Mass zur Verfügung. Zudem besteht in diesen Familien im Sinne des Transaktionszyklus die grössere Gefahr einer Negativspirale von kindlichem und elterlichem Verhalten.

10.4 Wirksamkeit der ESKKI-Interventionen in Abhängigkeit von der elterlichen Ausgangserziehungskompetenz

Für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte stellt sich die Frage, welche Personengruppen von Projekten und Interventionen am meisten profitieren. Meist wird davon ausgegangen, dass diejenigen Personen, welche schon auf vielen vorhandenen Kompetenzen aufbauen können am meisten von Fördermassnahmen profitieren (vgl. oben). Für die vorliegende Arbeit wurde aus diesem Grund der Frage nachgegangen, ob die Familien in Abhängigkeit ihrer Clusterzugehörigkeit unterschiedlich stark durch die Interventionen in ihrer Kompetenz gefördert und unterstützt werden konnten. Die zu beantwortende dritte Fragestellung lautete dementsprechend folgendermassen:

III. Kann die Gruppe Familien mit tieferen Ausgangswerten in ihrer Erziehungskompetenz ebenso von den ESSKI-Interventionen profitieren wie diejenigen Eltern, deren Erziehungsverhalten als positiv einzuschätzen ist, und welche Interventionen sind besonders unterstützend?

Diese dritte Hauptfragestellung gliedert sich in drei Teilfragestellungen, die wiederum einer Beantwortung zugeführt wurden. Diese Teilfragestellungen werden im Folgenden nochmals kurz zusammengefasst und die Ergebnisse im Hinblick auf die im ersten Teil dieser Arbeit dargestellten Theorie- und Forschungsliteratur diskutiert.

10.4.1 Ausfall von Familien über die Projektlaufzeit

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellt wurde, sollten Familienbildungsprogramme vor allem denjenigen Familien zuteil werden, welche sich einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sehen. Diese zu erreichen ist jedoch eine vielbesprochene Herausforderung für Interventionsprogramme (vgl. oben). Neben der Zielgruppenerreichung ist es auch relevant danach zu fragen, welche Eltern über die Projektlaufzeit ausgeschieden sind. Heinrichs et al. (2006a) halten fest, dass mit zunehmender Länge von Elternbildungsprogrammen auch die Abwesenheitsrate von Eltern zunimmt. Generell kann davon ausgegangen werden, dass nur rund 50% der Eltern die angestrebte ‚Dosis‘ bei Elterntrainings erhalten (vgl. ebd.). Interessant ist dabei danach zu fragen, ob es vor allem sozioökonomisch schwache Familien bzw. mit schwierigen Lebensumständen belastete Familien sind, welche vorzeitig aus den Elternbildungsprogrammen ausscheiden. Neben dem Umstand, dass es die unterprivilegierten Elterngruppen sind, welche von Angeboten im Allgemeinen und von Elternbildungsprogrammen im Besonderen am wenigsten Gebrauch machen, sind sie es auch, die eher frühzeitig aus den Trainings ausfallen und dadurch die angestrebte ‚Dosis‘ nicht erhalten. Für das Projekt ESSKI sollte dementsprechend folgende Unterfragestellung geklärt werden:

(I) Unterscheidet sich die Drop-out-Quote zwischen den Clustern und welche Eltern ziehen sich über die verschiedenen Messzeitpunkte von der schriftlichen Befragung des Projekts zurück?

Die Analyse zum Ausfall über die Projektlaufzeit hat gezeigt, dass es von der Clusterstichprobe anteilmässig tendenziell eher die ausfüllenden Personen männlichen Geschlechts, Familien mit zwei oder weniger Kindern und mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft sind, welche über die drei Messzeitpunkte aus der Studie ausscheiden. Zu erwarten war eher ein überdurchschnittlicher Verlust von Familien mit drei und mehr Kindern. Keinen Einfluss auf den Ausfall hatten demnach der Zivilstand, die Wohnsituation, die Dauer der Partnerschaft und der Partnerschaftsstatus. Des Weiteren bleibt festzuhalten, dass sich die Verteilung der Ausfälle sowohl in der Gesamtclusterstichprobe als auch in den einzelnen Clustern anteilmässig relativ ausgeglichen zeigt. Diese Stichprobenentwicklung kann als sehr positiv eingeschätzt werden, verblieben doch prozentual allein erziehende Eltern sowie Eltern in Trennung und Krise gleich häufig in der Stichprobe wie Eltern ohne diese spezifischen Familienbelastungen. Gezeigt hat sich auch, dass es nicht diejenigen Eltern mit der im Vergleich zur Gesamtclusterstichprobe negativsten Erziehungskompetenz sind, welche aus dem Programm ausscheiden, sondern dass sich der Ausfall gleichmässig auf die drei Cluster verteilt, mit einer stärkeren Ausfalltendenz der Familien mit der vergleichsweise positivsten elterlichen Erziehungskompetenz. Auch dies sind sehr positive Resultate, die auf eine hohe Akzeptanz der Intervention unabhängig von den untersuchten Familienmerkmalen hinweisen.

10.4.2 Veränderung der Ausgangswerte über den Erhebungszeitraum nach Erziehungskontext und Interventionsform

Vorliegende Arbeit fokussiert auf die familiäre Dimension der Lebenslage (Lebensform, Familienklima, Paarbeziehung, Eltern-Kind-Beziehung, Erziehungskompetenz) und untersucht, inwieweit diese durch das Projekt ESSKI (positiv) beeinflusst werden konnte und ob die familiäre Dimension die Wirksamkeit der Programme beeinflusst. Die Familienintervention sollte eine Verbesserung der Sozialität, des Vertrauens, der erfahrenen Unterstützung und Erziehung in der Herkunftsfamilie der teilnehmenden Kinder bewirken.

Ausgehend von der theoretischen Implikation, dass die Förderung der Erziehungskompetenz bei Eltern einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder hat und damit eine Stärkung der Ressourcen von Familien erreicht werden kann, sollte mit vorliegender Arbeit u.a. geprüft werden, ob Eltern mit dem vergleichsweise negativsten Erziehungsverhalten zur Prämessung vom Programm ESSKI profitieren konnten und in welchen Dimensionen sie am meisten profitierten. Die zweite zu beantwortende Unterfragestellung der dritten Hauptfragestellung lautet dementsprechend folgendermassen:

- (2) a. Wie verändern sich die Dimensionen psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit sowie Elternzufriedenheit, kindliches Wohlbefinden und Verhalten (Fremdeinschätzung) der Kinder der einzelnen - aufgrund ihrer Ausgangserziehungskompetenz gebildeten - Gruppen differentiell über die drei Messzeitpunkte?**
- b. Gibt es Unterschiede in der Kompetenzzunahme und Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden zwischen den unterschiedlichen Erziehungsclustern über die Projektlaufzeit?**

Dabei wurden alle drei Erziehungskontexte sowohl hinsichtlich der Veränderung über den Zeitraum der drei Messzeitpunkte als auch hinsichtlich der Veränderung über die drei Erhebungszeitpunkte unter besonderer Berücksichtigung der Interventionsformen (Schule, Elternhaus, Schule und Elternhaus) miteinander und mit der Kontrollgruppe verglichen, was zur dritten und letzten Teilfragestellung der dritten Hauptfragestellung führt:

- (3) Gibt es innerhalb der Cluster Unterschiede in der Veränderung der genannten Zielvariablen über die Zeit hinsichtlich der Interventionsart (Schule, Schule-Elternhaus, Elternhaus, Kontrollgruppe)?**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit entlang der einzelnen untersuchten Dimensionen zusammenfassend dargestellt und zum Schluss diskutiert.

Psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit

Es hat sich gezeigt, dass einzig im Hinblick auf die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der Eltern über die drei Messzeitpunkte signifikante Unterschiede in den Veränderungswerten nachweisbar sind, dies zwischen der Prämessung und dem Follow-up. Zur Postmessung konnten diese Ergebnisse noch nicht so eindeutig nachgewiesen werden. Weiter konnte festgestellt werden, dass insbesondere die Eltern des Clusters NEGATIV von den ESSKI-Interventionen profitiert zu haben scheinen, und dies auf allen vier Gesundheitsdimensionen, am meisten auf den Dimensionen Angst und Depression. Dabei verbesserte sich

Cluster NEGATIV im Vergleich zum Cluster POSITIV in den Konstrukten Angst, Depression und Stress sehr signifikant mehr in positiver Richtung. Hinsichtlich der Resilienz konnte eine signifikante Verbesserung gegenüber Cluster POSITIV festgestellt werden.

Zur Beantwortung der dritten Unterfragestellung wurden die Veränderungswerte der einzelnen Cluster in Abhängigkeit der vier Untersuchungsgruppen geprüft. Im Cluster POSITIV und Cluster MITTEL haben insbesondere die Eltern aus der Familieninterventionsgruppe bzw. Kombinationsgruppe (Cluster MITTEL) von ESSKI profitiert, hinsichtlich der Stresswerte zur Postmessung sogar signifikant bzw. sehr signifikant mehr als die Familien der Kontrollgruppe. Die beiden Gruppen, in denen keine Familienintervention stattgefunden hatte (Kontroll- und Schulgruppe), berichten zur Postmessung durchschnittlich eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit. In Cluster NEGATIV zeigt sich ebenfalls ein stärkerer Profit in den Familieninterventionsgruppen gegenüber den beiden anderen Untersuchungsgruppen. In der Kombinationsgruppe zeigen die Changewerte über die Messzeitpunkte hinweg nicht nur ein stabil bleibendes Bild, die Eltern berichten auch von einer weiteren Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit hin zum Follow-up. Im direkten Vergleich der Familien der vier Untersuchungsgruppen des Cluster NEGATIV zeigt sich aber, dass sich die Familien der Kontrollgruppe auf fast allen untersuchten Dimensionen über die drei Messzeitpunkte positiv entwickeln, weshalb sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen nachweisen lassen.

Diese Detailanalyse zur Wirksamkeit der einzelnen Interventionsformen in den unterschiedlichen Clustern hinsichtlich der Veränderungswerte führte demnach zu weniger eindeutigen Ergebnissen als der generelle Entwicklungsvergleich der Familien der drei Cluster. Die signifikant positivere Entwicklung des Clusters NEGATIV im Vergleich zu den beiden anderen Clustern kommt demnach durch die Kumulation der positiven Entwicklung in allen Untersuchungsgruppen zustande und nicht (allein) durch einzelne Interventionsformen.

Zufriedenheit der Eltern

Bezüglich der Dimensionen der Elternzufriedenheit konnten keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung zwischen den Clustern gefunden werden. Cluster NEGATIV verbessert sich bezüglich der Elternzufriedenheit (mit Partnerschaft und Leben) konstant über die drei Messzeitpunkte.

Auch bezüglich der Elternzufriedenheit wurden zur Beantwortung der dritten Unterfragestellung die Veränderungswerte der einzelnen Cluster in Abhängigkeit der vier Untersuchungsgruppen geprüft. In dieser Detailanalyse zeigt sich in Cluster POSITIV und MITTEL ein gemischtes Bild, denn in keiner Untersuchungsgruppe verbessern sich die Werte beider Zufriedenheitsdimensionen. Signifikante Unterschiede finden sich ausschliesslich in Cluster MITTEL zwischen der Kontrollgruppe und der Kombinationsgruppe bezüglich der Lebenszufriedenheit (Changewerte T1-T3). In Cluster NEGATIV zeigt sich eine generelle Zunahme der Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit gegenüber den Ausgangswerten sowohl zur Postmessung als auch zum Follow-up. Eine konstante aber nicht signifikante Verbesserung der selbstberichteten Elternzufriedenheit hinsichtlich beider Dimensionen findet sich nur in der Kombinationsgruppe dieses Clusters.

Verhaltensindikatoren der Kinder - Elterneinschätzung

Auch bezüglich der Dimensionen der kindlichen Stärken und Schwächen konnten keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung zwischen den Clustern gefunden werden. Der Vergleich der drei Cluster hat gezeigt, dass die Kinder aller Cluster von ESSKI im Hinblick auf ihre Ausgangswerte profitieren. Doch es sind die Kinder des Clusters NEGATIV und MITTEL, welche vor allem hinsichtlich ihrer Schwächen stärkere positive Veränderung zeigen als diejenigen des Clusters POSITIV. Im Hinblick auf die Unterskalen zu den Problemen der Kinder konnten keine eindeutigen Ergebnisse nachgewiesen werden.

In der Detailanalyse der einzelnen Untersuchungsgruppen in den Clustern zeigen sich in Cluster POSITIV und MITTEL bezüglich des Problemverhaltens signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Interventionsgruppen. Die Familienintervention ist der Schulintervention in der Förderung der Stärken und Schwächen der Kinder überlegen. Hinsichtlich des prosozialen Verhaltens profitieren nur die Kinder des Clusters MITTEL in der Elterneinschätzung signifikant mehr von der Kombinationsintervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. In Cluster NEGATIV verändern sich alle Werte über die beiden Messzeiträume positiv. Wie schon bei den Elterndimensionen zeichnet sich eine generelle Verbesserung sowohl in der Kontrollgruppe als auch in den Interventionsgruppen ab.

Dass insbesondere in den Gruppen mit Familieninterventionen eine positive Entwicklung festgestellt werden konnte, überrascht nicht, wurde doch mit der Familienintervention auf die elterliche Gesundheit eingewirkt und nicht mit der Schulintervention. Auch bildet sich in den Ergebnissen der Vergleichsanalyse zwischen den Clustern ab, dass Eltern mit einem negativeren Erziehungsverhalten in den Ausgangswerten hinsichtlich ihrer eigenen psychischen Gesundheit und Widerstandsfähigkeit stärker von den ESSKI profitieren konnten als Eltern mit vergleichsweise positivem bzw. durchschnittlichem Erziehungsverhalten. Aufgrund der im Theorieteil dargestellten Befunde bezüglich der Relevanz der psychischen Gesundheit und Integrität von Eltern für die kindliche Entwicklung kann gefolgert werden, dass sich die vor allem für die Eltern des Clusters NEGATIV konstanten Verbesserungen zwischen Prämessung und Follow-up längerfristig positiv auf die kindliche Entwicklung in diesen Familien niederschlagen müssten. Die in ESSKI eingesetzte Familienbildungsmassnahme kann damit ihre Wirksamkeit für Eltern entfalten, ob diese nun eine eher unterdurchschnittliche Erziehungskompetenz aufweisen oder aber bereits positiv erziehen.

Die positiven Veränderungen der Elterngesundheit, welche in erster Linie durch die Familienbildungsintervention erreicht wurde, weist auf die Relevanz von Gesundheitsförderungsmassnahmen im Familiensetting hin. Die Überlegenheit der Familieninterventionsmassnahme gegenüber der Schulintervention kann auch damit erklärt werden, dass nur die Einschätzungsdaten der Eltern berücksichtigt wurden. Positive Auswirkungen der Schulintervention auf das kindliche Verhalten sind für die Eltern kaum einschätzbar, bleiben doch positive Effekte gesundheitsförderlicher und präventiver Unterstützungsmassnahmen auf das Setting beschränkt, in dem die Interventionen stattfinden (vgl. Beelmann et al. 2007).

Dass sich auch die Kontrollgruppe in Cluster NEGATIV auf den Dimensionen Elternzufriedenheit, psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit verbessert, weist darauf hin, dass die Verbesserung in Cluster NEGATIV nicht nur direkt auf die Familienbildung an sich, sondern generell durch die Teilnahme am Projekt zustande kam. Die signifikant bessere Entwicklung des Clusters NEGATIV kann aber auch mit einer statistisch erwartbaren Regression zur Mitte erklärt werden. Da diese Eltern bei der Prämessung auch

eine deutlich schlechtere psychische Kondition als die Eltern in den beiden anderen Clustern berichteten, haben sie auf diesen Dimensionen mehr Raum zur Steigerung ihrer Ausgangswerte.

Insgesamt kann aufgrund der Ergebnisse der Detailanalyse - anders als der Clustervergleich noch erwarten liess - konstatiert werden, dass die Familien des Clusters MITTEL am stärksten von der Familienintervention bzw. der Kombinationsintervention profitieren konnten. Hier finden sich die meisten signifikanten Ergebnisse gegenüber der Kontrollgruppe. Diese von der Veränderungsanalyse auf Clusterebene abweichenden Ergebnisse können unter anderem auch durch die fehlende statistische Power in den einzelnen Gruppen der Cluster POSITIV und NEGATIV erklärt werden. Die Clusterstichprobe verteilt sich ungleich über die drei Cluster: Sowohl in Cluster POSITIV als auch NEGATIV sind weniger Fälle zusammengefasst als in Cluster MITTEL. Dies führt dazu, dass signifikante Ergebnisse in diesen Clustern nur mittels stärkerer Effekte erreicht werden können.

Die hier dargestellten nicht eindeutigen Ergebnisse zur Wirksamkeit der einzelnen Interventionsstrategien weisen zudem auf die Relevanz randomisierter, kontrollierter Evaluationsstudien für Wirkungsnachweise von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten hin. Nur mittels einer Kontrollgruppe kann geprüft werden, wie sich die Wirkung einzelner Interventionen verstehen lässt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auf, dass sich die positive Veränderung insbesondere des Elternverhaltens in Cluster NEGATIV nicht alleine durch die Interventionen erklären lässt und dass es eigentlich die Eltern des Clusters MITTEL sind, welche im Vergleich zur Kontrollgruppe am meisten von den Interventionen profitieren. Randomisierte Kontrollgruppenpläne können dementsprechend eindeutiger Wirkungen von Interventionen nachweisen als Studien ohne Kontrollgruppenpläne. Diese Evaluationsanlage gewinnt für die Gesundheitswissenschaften bzw. die Soziale Arbeit zunehmend an Relevanz, da sie zukünftig den Wirkungsnachweis für ihre Interventionen vermehrt erbringen müssen, dies nicht zuletzt aufgrund des steigenden Kosten- bzw. Spar-drucks.

Im Rahmen von ESSKI galt es, die den Familien immanenten Potentiale zu aktivieren, insbesondere zur Förderung und Stärkung der Gesundheit aller Familienmitglieder. Familienbildung sollte im Projekt ESSKI allen Familien, unabhängig von bereits aufgetretenen Schwierigkeiten, angeboten werden. So treffen gleichzeitig erwachsenenpädagogische Aufgaben und sozialpädagogische Funktionen aufeinander. ESSKI interveniert auf der Verhaltensebene und hofft auf Wirkung im Setting durch die Verbesserung der generellen Ressourcen-Belastungs-Bilanz der teilnehmenden Personen. Die Verhältnisebene bleibt über weite Strecken ausgeblendet.

Der Ansatz des Projekts ESSKI ist psychologisch-erziehungswissenschaftlich und fokussiert dadurch auf die Veränderung von Verhaltensfaktoren. Damit verfolgen die Interventionen nicht das Ziel, den Handlungsspielraum der teilnehmenden Personen zu erhöhen, sondern vielmehr deren Handlungsrepertoire zu erweitern, um mit schwierigen Situationen und alltäglichen Herausforderungen gelingender umgehen zu können. In diesem Sinne müssen auch die hier dargestellten Ergebnisse interpretiert werden. Ihr Wirkradius bleibt auf die teilnehmenden Personen bzw. deren Familien und zukünftigen Schulklassen beschränkt, sofern sich die Lehrpersonen dafür entscheiden, auch in Zukunft mit dem Lehrmittel *Fit und stark fürs Leben* zu arbeiten. Empfehlenswert wäre eine zukünftig stärkere Fokussierung auch auf die Verhältnisebene, z.B. durch den Einbezug von ganzen Schulhäusern bzw. Schulgemeinden. Damit würde sich auch die Möglichkeit ergeben, Plattformen zwischen Elternhaus und Schule fest im Schulalltag zu verankern, um so den Austausch und die Zusammenarbeit für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen noch verstärkt gemeinsam angehen zu können.

Mit den positiven Verhaltensänderungen insbesondere der teilnehmenden Eltern von ESSKI, wie sie neben vorliegender Arbeit in diversen Publikationen berichtet werden (vgl. Cina et al. submitted, Fäh 2009, Schmid et al. 2008), erwächst der Anspruch, diese Interventionen und ihre positiven Effekte einem erweiterten AdressatInnenkreis zugänglich machen zu müssen. Damit gemeint sind einerseits jene 40% der angesprochenen Eltern, welche mit dem Projekt nicht erreicht werden konnten, andererseits aber auch die künftigen Kinder und Familien der an ESSKI beteiligten Lehrpersonen bzw. mit ESSKI erreichten Schulklassen, Schulgemeinden, Elternbildungsgremien. Auch hier kann ein umfassenderer Ansatz, der auf der Verhältnisebene operiert, zielführender sein als auf die Verhaltensebene ausgerichtete Einzelinterventionen. In diesem Sinne könnten die in ESSKI umgesetzten Interventionen in einer übergeordneten, auf der Verhältnisebene ansetzenden Strategie zur Schaffung eines gesünderen Lebensumfeldes für Kinder und Jugendliche (z.B. im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses in Schule bzw. Schulgemeinde oder einer politischen Standortstrategie wie ‚gesunde Gemeinde‘) zum Tragen kommen.

Für die Soziale Arbeit eröffnet sich mit Projekten wie ESSKI die Chance, als zentrale Promotorin von Gesundheitsförderung und Prävention - insbesondere im Familienkontext - aufzutreten. Dies bietet sich aufgrund ihres eigenständigen Zugangs zur Zielgruppe (z.B. über Schule durch die Schulsozialarbeit) an. Zudem zeichnet sich die Soziale Arbeit aufgrund ihres partizipativ-emanzipatorischen Ansatzes durch eine starke Lebensweltorientierung aus.

10.5 Methodische Einschränkungen

Durch die hier vorliegende Detailanalyse der Evaluationsdaten zum Projekt *Eltern und Schule stärken Kinder* (ESSKI) konnten die für diese Arbeit zentral stehenden Fragestellungen beantwortet werden. Methodisch ergeben sich jedoch einige Einschränkungen sowohl bei der Datenbasis als auch bezüglich der Auswertungsstrategie.

Wie oben konstatiert wurde, ist es für die Auswertung bedauerlich, dass keine sozioökonomischen und persönlichen Merkmale zu denjenigen Familien vorliegen, welche nicht an ESSKI teilgenommen haben. Diese Daten hätten differenziertere Aufschlüsse über die Wirksamkeit der Anwerbsstrategien geben können. Zudem liegen bei den teilnehmenden Familien nur die Angaben zu jeweils einem Elternteil vor. Wünschenswert wäre eine Befragung von allen erziehungsberechtigten Personen eines Haushaltes gewesen. Aufgrund praktischer und finanzieller Überlegungen wurde jedoch davon abgesehen.

Die unterschiedlichen Clustergrößen haben insbesondere einen Einfluss auf die statistische Power der Detailanalysenergebnisse, u.a. dadurch waren keine eindeutigen Aussagen vor allem für die Cluster POSITIV und NEGATIV möglich.

Die Selbsteinschätzungsfragebogen der Kinder erwiesen sich als nicht auswertbar, da für die Kinder der ersten bis vierten Klasse der Primarstufe eine nicht validierte Version des Kid-Kindl-Fragebogens verwendet wurde. Die validierte Version kam nur bei den Kindern der fünften und sechsten Klasse zum Einsatz. Aufgrund der geringen Anzahl älterer Kinder im Projekt konnte auf diese Informationen nicht zurückgegriffen werden. Mit der Selbsteinschätzung der Kinder hätten die Ergebnisse der Lehrpersonen- und Elterneinschätzungen überprüft und validiert werden können (vgl. Ravens-Sieberger et al. 2002).

Das Projekt ESSKI war aufgrund praktischer Überlegungen auf ein Schuljahr terminiert. Die Evaluationsphase über die drei Messzeitpunkte belief sich auf sieben Monate. Interessant wäre es gewesen, die Eltern ein Jahr nach Beendigung des Projektes erneut zu den hier zusammengefassten Konstrukten zu befragen, um die Nachhaltigkeit und Ausstrahlungskraft der gefundenen Ergebnisse auf das Familiensystem prüfen zu können.

10.6 Abschliessende Betrachtungen

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, wie zentral die Familie für das Gesundheitsgeschehen der einzelnen Mitglieder ist und wie prägend sich die Herkunftsfamilie bis ins Erwachsenenalter auf die Gesundheitsbiographie der in ihr aufwachsenden Kinder auswirkt. Die in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus geratene zentrale Rolle von Familien für das Entwickeln von Gesundheitseinstellungen und -verhaltensweisen zeigt die Relevanz des Familiensettings für Gesundheitsförderung und Prävention. Dieses Erkenntnis wird auch durch die in der vorliegenden Arbeit präsentierten Analyseergebnisse bestätigt.

Das Projekt ESSKI bewegt sich im Feld der multidisziplinären Sozialen Gesundheitsarbeit (Ahrens & Marzinik 2007; vgl. 4.1) und ist in den zwei Handlungsfeldern *Stärkung persönlicher Kompetenzen (1)* und *Stärkung der Gemeinschaftsaktivitäten (2)* anzusiedeln. Als universelle sozialpädagogische Intervention zur Gesundheitsförderung ist ESSKI darauf ausgerichtet, Ressourcen von Eltern, Kindern und deren Lehrpersonen zu stärken und die Gesundheitschancen dieser Zielgruppen durch die Erweiterung von Handlungskompetenzen nachhaltig zu erhöhen.

Kritisch anzumerken ist dabei, dass mit der Fokussierung auf die Verhaltensebene die Berücksichtigung moderierender Einflussfaktoren der sozialen Herkunft auf die Programmeffektivität konzeptionell ausgeklammert bleibt. Mit dem Projekt wird auf der Verhaltensebene interveniert, die Wirksamkeit wurde wiederum im Hinblick auf Verhaltensänderungen evaluiert. Die konzeptionell starke Individuumsorientierung schmälert jedoch nicht die Relevanz von ESSKI, denn die auf der Verhaltensebene operierenden Ansätze sind wirksame Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention. Vielmehr zeigt sich die Notwendigkeit, bei der Diskussion der Ergebnisse darauf hinzuweisen, dass ihr Wirkradius zeitlich, räumlich und in Bezug auf die Zielgruppe begrenzt ist.

Wie in vorliegender Arbeit ausgeführt, wurde in den letzten Jahren insbesondere im Hinblick auf die Verhaltensprävention zunehmend das Spannungsverhältnis von Individualinteressen und gesellschaftlichen Kollektivinteressen diskutiert. Dabei werden die unreflektierte Adaption von gesellschaftlichen Normalitätsstandards und das fehlende Bewusstsein der eigenen Normalisierungsfunktion der Gesundheitswissenschaften bzw. von Gesundheitsförderung und Prävention aufs schärfste kritisiert (vgl. Bals et al. 2008, Bröckling 2005, Brunnett 2007, Dollinger 2006a, Dollinger 2006b, Kappeler 2005, Keupp 2000). Hierbei könnte die in der Sozialen Arbeit selbstverständlich gewordene kritische Überprüfung von Normalitätsstandards und die ihr inzwischen zur zweiten Natur gewordene Reflexion der eigenen Normalisierungsfunktion in der Gesellschaft von zentraler Relevanz für die zukünftige theoretische Weiterentwicklung der Gesundheitswissenschaften aber auch für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention sein. Für die Soziale Arbeit eröffnet sich im Handlungsfeld der Gesundheitswissenschaften ein inhaltlich neues, aber historisch vertrautes Handlungsfeld. Sie kann einen relevanten Beitrag dazu liefern, dass neben der in der Verhaltensprävention angelegten stärkeren Einforderung von Selbstverantwortung das Bewusstsein erhalten bleibt, dass Menschen auf Versorgung mittels solidarischer Absicherungs- und Transferleistungen angewiesen sind. Aufgabe von Sozialer Arbeit kann es in diesem Kontext sein darauf zu drängen, dass ge-

sundheitsbezogene Selbstverantwortung in Abhängigkeit ihrer Ressourcen und Partizipationschancen gesehen werden und dass das Spannungsverhältnis zwischen individueller Autonomie und den gesellschaftlichen Kollektivinteressen mit den diesen inhärenten Normorientierungen reflektiert wird. Sie kann dafür sorgen, dass eine kritische Überprüfung von Normalitätsstandards und der Normalisierungsfunktion von Gesundheitsförderung und Prävention zu einer Selbstverständlichkeit wird.

Literatur

- Ahrens, D. & Marzinzik, K. (2007): Stärkung der Gesundheitsförderung durch die Verschränkung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit. In: Schmidt, B. & Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim & München: Juventa Verlag. 143-153.
- Ahrens-Eipper, S., Assauer, M., Burow, F. & Weiglhofer, H. (2002): Fit und stark fürs Leben 5./6. Prävention des Rauchens durch Persönlichkeitsförderung. Leipzig: Klett Verlag.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolff, L.S. & Acker, M.M. (1993): The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline strategies. *Psychological Assessment*, 5. 137-144.
- Asshauer, M., Burow, F., Hanewinkel, R. (1999): Fit und stark fürs Leben. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht, Bd. 2. Leipzig: Ernst Klett Grundschulverlag.
- Asshauer, M., & Hanewinkel, R. (2000). Lebenskompetenztraining für Erst- und Zweitklässler: Ergebnisse einer Interventionsstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 9(4). 251-263.
- Aumüller, G. & Blümel, L. (2002): Historical and Ethical Aspects of Health as a Value in Quality of Life. In: Gimmler, A., Lenk, C. & Aumüller, G. (Hrsg.): Health and Quality of Life. Philosophical, Medical, and Cultural Aspects. *Ethik in der Praxis*. Kontroversen, 9. 137-145.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). Clusteranalyse. In: Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (Hrsg.): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Neunte, überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer Verlag. 329-389.
- Badura, B. Iseringhausen, O. & Stodtholz, P. (2006): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München. 183-219.
- Badura, B. (1981). Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und sozialepidemiologischer Sicht. In Badura, B. & Ferber, C.v. (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation. Die Bedeutung nichtprofessioneller Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung. München: Oldenborg Verlag. 91-124.
- Baer, N. & Cahn, T. (2009): Psychische Gesundheitsprobleme. In: Meyer, K. (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber. 211-230.
- Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (2008): Einleitung. In: Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim, München: Juventus.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bauer, U. & Bittlingmayer, U.H. (2005): Wer profitiert von Elternbildung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25(3). 263-280.
- Becker, P. (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Beelmann, A., Stemmler, M., Lösel, F. & Jaurisch, S. (2007): Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 16(4). 229-239.

- Beelmann, A. & Lösel, F. (2007): Entwicklungsbezogene Prävention dissozialer Verhaltensprobleme: Eine Metaanalyse zur Effektivität sozialer Kompetenztrainings. In: Suchodoletz von, W. (Hrsg.): Prävention von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag. 233-260.
- Behrens, J. (2006): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In: Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. 53-72.
- Bisig, B., Bopp, M. & Minder, C.E. (2001): Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck, A. & Bloomfield (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa Verlag. 60-70.
- Bitzan, M., Bolay, E. & Thiersch, H. (2006): Im Gegebenen das Mögliche suchen. Ein Gespräch mit Hans Thiersch zur Frage: Was ist kritische Soziale Arbeit? *Widersprüche*. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 100/26(2). 63-73.
- Blättner, B. (2007): Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. 67-73.
- Bodenmann, G. (2001): Prävention von Partnerschaftsproblemen: Die Rolle von Stress und seine Bewältigung. In: Walper, S. & Pekrun, R. (Hrsg.): Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 385-404.
- Bodenmann-Kehl, C. (1999): Eine Analyse spezifischer Ansatzpunkte zur Förderung der familiären Kompetenz. Fribourg: Universität Fribourg.
- Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg & New York: Springer-Verlag.
- Braune-Krickau, K., Stadelmann, S., von Wyl, A., Perren, S., Bürgin, D. & Klitzing, D. (2005): Elterliche psychische Belastung, konflikthafte Paarbeziehung und Verhaltensregulation dreijähriger Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 14(3). 181-190.
- Bröckling, U. (2005): Die Macht der Vorbeugung. 16 Thesen zur Prävention. *Widersprüche*. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 22(86). 39-52.
- Brunnett, R. (2007): Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit. In: Anhorn, R., Bettinger, F & Stehr, J. (Hrsg.): Foucaults Machtanalytik und soziale Arbeit: Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Band I von Perspektiven kritischer sozialer Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag. 169-184.
- Bühl, A. (2008): SPSS Version 16: Einführung in die moderne Datenanalyse. 11. aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.
- Bundesamt für Statistik (BFS 2008): Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2008. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (BFS 2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2000): Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Köln: BZgA.
- Burow, F., Assauer, M. & Hanewinkel, R. (1998): Fit und stark fürs Leben. 1. und 2. Schuljahr. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht. Leipzig: Klett Verlag.
- Cina, A., Rösli, M., Schmid, H., Lattmann, U. P., Fäh, B., Schönenberger, M., et al. (submitted). Enhancing Well-being in Children by Family- and School-focused Interventions: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

- Cina, A., Ledermann, T., Meyer, J., Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2004): Triple P in der Schweiz: Zufriedenheit, Akzeptanz und Wirksamkeit. Forschungsbericht Nr. 162. Institut für Familienforschung und -beratung, Universität Freiburg, Schweiz.
- Davey Smith, G. & Lynch, J. (2004): Life course approaches to socioeconomic differentials in cause-specific adult mortality. In: Leon, D. & Walt, G. (eds.): Poverty, Inequality and Health. An international perspective. Oxford: Oxford University Press. 88-124.
- Davey Smith, G. (2008): Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U.H. & Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag. 291-330.
- Deppierraz, R. (2005). Bildungsstatistik Schweiz. Lehrkräfte 2003/04. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Dirscherl, T., Hahlweg, T., Sanders, M.R. & von Wulfen, Y. (2007): Triple P – ein Public Health Ansatz zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz. Grundlagen, Struktur, Inhalte und Evaluation. www.triplep.ch.
- Dollinger, B. (2006a): Prävention. Unintendierte Nebenfolgen guter Absichten. In: Dollinger, B. & Raithel, J. (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden: VS Verlag. 145-154.
- Dollinger, B. (2006b): Salutogenese. Macht über die eigene Gesundheit? In: Dollinger, B. & Raithel, J. (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden: VS Verlag. 173-190.
- Dragano, N. & Siegrist, J. (2006): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. 171-184.
- Dratva, J., Zemp, E. & Weiss, C. (2009): Lebensanfang und Kindheit. In: Meyer, K. (Hrsg.): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Verlag Hans Huber. 37-55.
- Due, P., Lynch, J., Holstein, B & Modvig, J. (2003): Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57. 692-698.
- Eisner, M. (2007): Zusammenfassung Kritik Studie ESSKI. Zürich: Universität Zürich.
- Eisner, M., Ribeaud, D., Jünger, R. & Meidert, U. (2007): Frühprävention von Gewalt und Aggression. Ergebnisse des Zürcher Interventions- und Präventionsprojektes in Schulen. Zürich, Chur: Rüegger Verlag.
- Ellsäcker, G., Böhm, A., Kuhn, J., Lüdecke, K. & Rojas, G. (2002): Soziale Ungleichheit bei Kindern. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. *Kinderärztliche Praxis*, 4. 248-257.
- Erhart, M., Hurrelmann, K. & Ravens-Sieberger, U. (2008): Sozialisation und Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 424-442.
- Fäh, B. (2009): Starke Eltern - Starke Lehrer - Starke Kinder. Wie psychische Gesundheit von Eltern und Lehrern Kindern hilft. Reihe Psychologie, Bd. 13. Zürich, Univ. Diss. 2008. Marburg: Tectum.
- Falk, H. (2002): Entspannung als Element der Gesundheitsförderung im Schulsport. Ein Vergleich westlicher und fernöstlicher Entspannungsverfahren. Inaugural-Dissertation: Universität Regensburg.
- Feldmann, M. (2007): Bibliothérapie: Evaluation des Elternratgebers Triple P. Braunschweig: Dissertation.
- Ferri, E. (1998): Forty years on: Professor Neville Butler and the British Birth Cohort studies. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12 (1). 31-44.
- Filsinger, D. & Homfeldt, H.G. (2001): Gesundheit und Krankheit. In: Otto, H.-U. & Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 705-715.

- Fox, L, Dunlap, G. & Cushing, L. (2002): Early Intervention, Positive Behavior, Support, and Transition to School. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(3). 149-157.
- Franiek, S. & Reichle, B. (2007): Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16(4). 240-249.
- Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (2001): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, H.-U. & Thiersch, H. (Hrsg.): *Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik*. 3. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 716-722.
- Friedrichs, J. (1990): *Methoden empirischer Sozialforschung*. 14. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönau, M. Dörner, T. Engel, E-M. & Kraus-Gruner, G. (2007): Kinder stärken! Resilienzförderung in der Kindertagesstätte unter systematischem Einbezug der Eltern. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 30(2). 55-60.
- Fuhrer, U. (2008): Die Rolle enger Bindungen und Beziehungen. In: Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.): *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 129-140.
- Fuhrer, U. (2005): Was macht gute Erziehung aus und wie können Eltern gute Erzieher werden? In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*. 25(3). 231-247.
- Fustenberg, F.F.Jr., Cook, T.D. & Eccles, J. (1999): *Managing to Make It. Urban Families and Adolescent Success*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006): Elterliche Kompetenzen und Erziehungskonflikte. Eine ressourcenorientierte Betrachtung von familiären Negativdynamiken. *Kindheit und Entwicklung*, 15(1). 9-18.
- Gimmler, A. (2002): The Concept of Health and its Normative Implications - A pragmatic Approach. In: Gimmler, A., Lenk, C. & Aumüller, G. (Hrsg.): *Health and Quality of Life. Philosophical, Medical, and Cultural Aspects. Ethik in der Praxis*. Kontroversen, 9. Münster. 69-79.
- Gloger-Tippelt, G., König, L., Zweyer, K. & Lahl, O. (2007): Bindung und Problemverhalten bei fünf und sechs Jahre alten Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 16(4). 209-219.
- Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38. 581-586.
- Gutzwiller, F. & Wydler, H. (2005): Elterliche Erziehungsstile und Eltern-Kind-Beziehungen: Ihr Einfluss auf die Gesundheit der Kinder und ihr Wandel im Laufe der Zeit. Wissenschaftlicher Schlussbericht NFP 52. Zürich: unveröffentlicht.
- Grünbuch EU (2005): Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. KOM(2005)484. Brüssel: Europäische Gemeinschaften.
- Hackauf, H. (2004): Jugend und Gesundheit in der Europäischen Union – Ergebnisse einer vergleichenden Sekundäranalyse. In: Jungebauer-Gans, M. & Kiwry, P. (Hrsg.): *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag. 25-56.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A. & Widdecke, N. (2008): Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 17(1). Göttingen. 46-56.
- Häne, C., Bilz, L. Dümmler, K. & Melzer, W. (2008): Die Bedeutung der Schule für die Schülersgesundheit. In: Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten*. Weinheim, München: Juventa Verlag. 137-154.
- Hanewinkel, R. & Assauer, M. (2003): Fit und stark fürs Leben. Universelle Prävention des Rauchens durch Vermittlung psychosozialer Kompetenzen. *Suchttherapie*, 4. 197-199.

- Hanewinkel, R. & Wiborg, G. (2003): Effektivität verhaltenspräventiver Interventionen. *Suchttherapie*, 4. 183-191.
- Hanses, A. (2008): Zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Zwischen gesundheitspolitischer Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung. In: Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten*. Weinheim, München: Juventa. 11-25.
- Hanses, A. (2007): Soziale Arbeit und Gesundheit - ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In: Homfeldt, H.-G. (Hrsg.): *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* Hohengehren: Schneider Verlag. 113-124.
- Heinrichs, N., Krüger, S. & Guse, U. (2006a): Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines präventiven Elterntrainings. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2). 97-108.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuscher, A., Naumann, S. & Harstick, S. (2006b): Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2). 82-96.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Kuscher, A., Krüger, S., Bertram, H., Harstick, S. & Naumann, S. (2006c): Triple P aus der Sicht der Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 15(1). 19-26.
- Heinzel-Gutenbrunner (2001): Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck, A. & Bloomfield (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim, München: Hans Huber Verlag. 39-49.
- Helmert, U. (2003): *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*. Reihe für Sozialpolitikforschung. Augsburg: MaroDruck.
- Hendrick, S.S. (1988): A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50. 93-98.
- Herlth, A. (2008): Familiäre Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und Konsequenzen für die Prävention. In: Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten*. Weinheim, München: Juventa Verlag. 29-50.
- Homfeldt, H.-G. & Steigleder, S. (2007): Gesundheitspotenziale fördern - Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. In: Schmidt, B. & Kolip, P. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit*. Weinheim & München: Juventa Verlag. 155-165.
- Homfeldt, H.G. & Sting, S. (2006): *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt-Verlag.
- Homfeldt, H.G. & Sting, S. (2005): Soziale Arbeit und Gesundheit. Vergessene Zusammenhänge und Aufgaben. *SOZIALEXTRA. Zeitschrift für Soziale Arbeit und Sozialpolitik*, September. 41-44.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (Hrsg.; 2005): *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Oxford: Oxford University Press. WHO-Report.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.; 2006): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Grundlagentexte Soziologie*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag. 749-780.
- Huwiler, K., Bichsel, M., Junker, C. & Minder, C.E. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997. Reihe Statistik der Schweiz. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Hradil, S. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag. 33-52.
- Ihle, W., Jahnke, D., Heerwagen, A. & Neuperdt, C. (2005): Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1). 30-38.
- Jungebauer-Gans, M. & Kiwry, P. (2004): Ungleichheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Jungebauer-Gans, M. & Kiwry, P. (Hrsg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag. 9-24.
- Kappeler, M. (2005): Vom Sozialstaat zum Präventionsstaat – Mit besonderer Berücksichtigung des Präventionsdenkens in der Sozialen Arbeit. *Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 96(25). 23-34.
- Kehrli, C. & Knöpfel, C. (2006): Handbuch Armut in der Schweiz. Luzern: Caritas.
- Keupp, H. (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, S. & Zuhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag. 15-40.
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag Gesundheitsförderung.
- Klieme, E. (2005): Zur Bedeutung von Evaluation für die Schulentwicklung. In: Maag Merki, K., Sandmeier, A., Schuler, P. & Fend, H. (Hrsg.): Schule wohin? Schulentwicklung und Qualitätsmanagement im 21. Jahrhundert. Zürich: FS&S - Forschungsbereich Schulqualität & Schulentwicklung. 40–59.
- Klocke, A. (2004): Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: Jungebauer-Gans, M. & Kiwry, P. (Hrsg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag. 85-96.
- Klocke, A. & Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberger, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München: Juventa Verlag. 183-242.
- Kolip, P. & Lademann, J. (2006): Familie und Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag. 625-654.
- Kolip, P. (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4. 234-239.
- Kolip, P. (2003): Ressourcen für die Gesundheit - Potentiale und ihre Ausschöpfung. *Das Gesundheitswesen*, 65. 155-162.
- Kraus, D., Duprée, T., Bölskei, P.L. (2003): Eltern als Partner in der schulischen Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung: Eine empirische Studie am Beispiel Klasse 2000. *Das Gesundheitswesen*, 64. 371-377.
- Kruse, J. (2001): Erziehungsstil und kindliche Entwicklung: Wechselwirkungsprozesse im Längsschnitt. In: Walper, S. & Pekrun, R. (Hrsg.): Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe. 63-83.

- Lampert, T., Schenk, L. & Stolzenberg, H. (2002): Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Das Gesundheitswesen* 64. 48-52.
- Lattmann, U.P. & Rüedi, J. (2003): Stress- und Selbstmanagement – Ressourcen fördern. Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen. Aarau: Sauerländer.
- Lattmann, U.P., Rüedi, J. & Schmid, H. (2005): Training von Lebenskompetenzen (Life Skills) als Beitrag zur Bewältigung von Lebensaufgaben. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 30(3). 239-254.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000): Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20. 561–592.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Kurt Lüscher (2003): Warum Familienpolitik? Argumente und Thesen zu ihrer Begründung. Eidgenössische Koordinationsstelle für Familienfragen (EKFF). Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Malti, T. & Perren, S. (2008): Einführung. In: ebd. (Hrsg.): Soziale Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten. Stuttgart: Kohlhammer. 9-12.
- Mengel, M. (2007): Familienbildung mit benachteiligten Adressaten. Eine Betrachtung aus andragogischer Perspektiver. Wiesbaden: VS Verlag.
- Mielck, A. & Helmert, U. (1994): Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich. 93-124.
- Mielck, A. (1998): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke/Hurrelmann (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen: Westdeutscher Verlag. 225-249.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Miller, G. E., Brehm, K., Whitehouse, S. (1998). Reconceptualizing School-Based Prevention for Antisocial Behavior Within a Resiliency Framework. *School Psychology Review*, 27(3). 364-379.
- Miller, Y. (2001): Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertation: Technische Universität Braunschweig.
- Miller, Y., Kuschel, A. & Hahlweg, K. (2002): Frühprävention von externalisierenden Störungen - Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51. 441-453.
- Morgan, A. (2004): Life circumstances of young people. Introduction. In: Currie C, Samdal O., Boyce W. et al. (eds.): Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Mühlum, A. (2009): Gesundheit sozial gestalten - eine Herkulesaufgabe. Soziale Arbeit hat hierbei eine exponierte Aufgabenstellung. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 4. 6-10.
- Müller, R., Kuntsche, E.N., Delgrande, M., Schmid, H. & François, Y. (2001): Die Schule als Lebensbereich. In: Schmid, H., Kuntsche, E. N. & Delgrande, M. (Hrsg.): Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern. Bern: Haupt Verlag. 177-206.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderildi Vonviento, L., Jeannin, A., Addor, V. Bütikofer, A. Suris, J.-C., Disenens, C., Alsaker, F. & Michaud, P.-A. (2004): Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der

- Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b).
- Niemann, S., Spörri, A. & Abel, T. (2005): Bestandesaufnahme der Indikatoren sozialer Ungleichheit in der Schweizer Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsdokument 9. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Niemann, S. & Abel, T. (2001): Neue soziale Ungleichheit, Lebensstile und Gesundheit. In: Mielck, A. & Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim & München: Juventa Verlag. 107-116.
- Nordenfelt, L. (1998): On medicine and health enhancement - Towards a conceptual framework. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1. 5-12.
- Ortmann, K. & Waller, H. (2005): Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: ebd. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren: Schneider Verlag. 2-16.
- Paulus, P. & Zurhorst, G. (2001): Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Schule und Soziale Ungleichheit. *Gesundheitswesen*, 63(1). 52-55.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2006): Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15. 1-8.
- Pigeot, I., Ahrens, W., Foraita, R., Jahn, I. & Pohlmann, H. (2006): Ausgewählte methodische Probleme evidenzbasierter Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4. 240-247.
- Power, C. & Kuh, D. (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist, J. & Marmot, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber Verlag. 45-76.
- Prinz, R.J., Sanders, M.R., Shapiro, C.J., Withaker, D.J. & Lutzker, J.R. (2009): Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial. This article is published with open access at Springerlink.com
- Ravens-Sieberer, U. & Wille, N. (2008): Die Bedeutung familiärer, sozialer und personaler Schutzfaktoren für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlicher. In: Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim, München: Juventa Verlag. 51-63.
- Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007): Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16(4). Göttingen. 199-208.
- Reischach von, G. & Straub, U. (2007): Vielfalt der Familie. Vielfalt der Unterstützungsformen: Familienbildung, Familienberatung und Familienhilfe. *Sozialmagazin*, 32(7-8). 12-30.
- Reyno, S.M. & McGrath, P.J. (2006): Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1). 99-111.
- Rhodes, J.E. & Jason, L.A. (1988): Preventing substance abuse among children and adolescents. Psychology practitioner guidebooks. New York: Pergamon Press.
- Richter, M. & Mielck, A. (2000): Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten von gesundheitlicher Ungleichheit. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8(3). 198-215.
- Robins, R. W., John, O. P. & Caspi, A. (1998). The Typological Approach to Studying Personality. In R. B. Cairns, L. R. Bergman & J. Kagan (Hrsg.), *Methods and Models for Studying the Individual*. Thousand Oaks: SAGE. 135-158.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg./1998): Netzwerkintervention. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 2. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen.

- Roos, S. & Petermann, U. (2005): Zur Wirksamkeit des Trainings mit Jugendlichen im schulischen Kontext. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(3). 262-289.
- Salomon, A. (1998): Grundlegung für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege. In: Thole, W., Galuske, M., Gängler, H. (Hrsg.): *KlassikerInnen der Sozialen Arbeit*. Neuwied, Kriftel: Hermann Luchterhand Verlag. 131-145.
- Samdal O & Dür W. (2004): The school environment and the health of adolescents. In: Currie C. et Samdal O., Boyce W. et al. (eds.): *Health and health behaviour among young people. Health Policy for Children and Adolescents*, No. 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 49-64.
- Sander, J. & Böcker, S. (1993): Die deutsche Form der Relationship Assessment Scale (RAS): Eine kurze Skala zur Messung der Zufriedenheit in einer Partnerschaft. *Diagnostica*, 39. 55-62.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A. & Bor, W. (2000a): The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68. 624-640.
- Sanders, M.R., Montgomery, D.T. & Brechman-Toussaint M.L. (2000b): The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41. 939-948.
- Sanders, M.R. (1999): The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. *Child and Family Psychology Review*, 2. 71-90.
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005): The role of general self-efficacy, parenting self-efficacy and task self-efficacy in predicting parenting practices and child behaviour.
- Schier, M. & Lange, A. (2007): Familien heute: Strukturelle Trends und alltägliche Realitäten. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 30(2). 35-39.
- Schmid, H., Fäh, B., Bodenmann, G., Schönenberger, M., Lattmann, U.P., Cina, A., Kern-Scheffeldt, W. & Anliker, S. (2008): *Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI): Ein Mehrebenenansatz zur Förderung der sozialen Kompetenz und gesunden Verhaltens*. In: Malti, T & Perren, S. (Hrsg.): *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer. 197-213.
- Schmid, H., Anliker, S., Bodenmann, G., Cina, A., Fäh, B., Kern, W., Lattmann, U.P. & Schönenberger, M. (2007): Empowerment in family and school (eifas): a randomised controlled trial. Lausanne: Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Schmid, H. & Lattmann, U.P. (2003): Lebenskompetenzen-Training zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht – eine Pilot- und Machbarkeitsstudie. *abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung*, 9(2). 5-20.
- Schnabel, P-E. (2001): Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. *Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Schneewind, K.A. (2008): Sozialisation in der Familie. . In: Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.): *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 256-273.
- Schneider, S. & Pokora, A. (2008): Warum die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Arm und Reich weiter zunimmt. Chancen und Fallstricke für die Soziale Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention. *Neue Praxis*, 5. 494-504.
- Schuler, D. Peter Rüesch, P. & Weiss, C. (2007): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Arbeitsdokument 24. OBSAN.

- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauss, B., & Brähler, E. (2004). Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitung für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 1.
- Schulze, H.-J. (2006): Family and Health: A Model and European Facts. In: Lutz, W., Richter, R. & Wilson, C. (Hrsg.): The New Generations of Europeans: Demography and Families in the Enlarged European Union. London. 264-286.
- Schönenberger, M., Schmid, H., Fäh, B., Bodenmann, G., Lattmann, U. P., Cina, A., et al. (2007): Projektbericht *Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI)*. Ein Projekt zur Förderung der Gesundheit bei Lehrpersonen, Kindern und Eltern und zur Prävention von Stress, Aggression und Sucht. Konzept und Ergebnisse eines mehrdimensionalen Forschungs- und Entwicklungsprojekts im Bereich psychosoziale Gesundheit in Schule und Elternhaus. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Schönenberger, M., Lattmann, U.P., Fäh, B., Schmid, H., Bodenmann, G., Cina, A., Kern, W. & Anliker, S. (2006): *Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI)*. Konzept eines mehrdimensionalen Forschungs- und Entwicklungsprojekts im Bereich psychosoziale Gesundheit in Schule und Elternhaus. *abhängigkeiten*. Jahrgang 12(1). 60-74.
- Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen SGPG (Hrsg.; 2002): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, WHO Europa.
- Settertobulte, W., Hoepner-Stamos, F. & Hurrelmann, K. (1997): Gesundheitsförderung in der Schule. In: Altgeld, T., Laser, I., Walter, U.(Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Weinheim: Juventa Verlag. 91-101.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2008): Einleitung. In: Siegrist, J. & Marmot, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber Verlag. 15-44.
- Siegrist, J., Fühbuss, J. & Grebe, A. (1998): Sozial ungleiche Gesundheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter. Eine aktuelle Bestandesaufnahme der internationalen Forschung. *Diskurs*, 1. 76-84.
- Siegrist, J. (2003): Soziale Ungleichheit im Bereich von Gesundheit und Krankheit: Wie ist sie zu erklären und wie zu verändern? *Managed Care*, 5. 6-7.
- Sørensen, A. (2005): Family Structure, Gender roles, and Social Inequality. In: Svallfors, S. (eds.): Analyzing Inequality. Life Chances, and Social Mobility in Comparative Perspectives. Stanford: Stanford University Press.
- Smith, K. & Joshi, H. (2002): The Millennium Cohort Study. *Population Trends*, 107. 30-34.
- Steinberg, L., Lamborn, S.A., Darling, N., Mounts, N.S. & Dornbusch, S.M. (1994): Overtime changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development* 65. 754-770.
- Steinhausen, H.C., Winkler Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1997): Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents for Ages 6 to 17 in a Swiss Epidemiological Study. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 6. 136-41.
- Sting, S. (2007): Gesundheit. In: Ecarius, J. (Hrsg.): Handbuch Familie. Wiesbaden: VS Verlag. 480-499.
- Strayhorn, J.M., & Weidman, C.S. (1988). A parent practices Scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27. 613-618.
- Thiersch, H. (1992a): Das sozialpädagogische Jahrhundert. In: Rauchenbach, Th. & Gängler, H. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft. Neuwied: Luchterhand Verlag. 9-23.
- Thiersch, H. (1992b): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Tinguely Hardegger, D. (2005): Prävention in der Familie – ein Modell. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 30(3). 275-285.

- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P.: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Tschöpe-Scheffler, S. (2003): Unterstützungsangebote zur Stärkung der elterlichen Erziehungsverantwortung oder: Starke Eltern haben starke Kinder. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25(3). 248-262.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Wiedenbeck, M. & Züll, C. (2001): Klassifikation mit Clusteranalyse: Grundlegende Techniken hierarchischer und K-means-Verfahren. ZUMA How-to-Reihe, 10. 2-18.
- Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2008): Das Problem relativer Deprivation: Warum einige Gesellschaften erfolgreicher sind als andere. In: Bauer, U., Bittlingmayer, U.H. & Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag. 59-86.
- Wilson, S.J. & Lipsey, M.W. (2003): The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1). 136-149.
- Winkelmann, S. (2007): Kindliche Belastungssymptome in Trennungsfamilien. Forschungsüberblick und Präventionsansätze. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 30(2). 40-43.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.C. (1999): Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter (II). Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28(2). 95-104.
- Wittenberg, R. (1991): Grundlagen computerunterstützter Datenanalyse. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Witteriede, H. (2005): Gesundheitsarbeit in Schulen. In: Ortmann, K. & Waller, H. (Hrsg.): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren: Schneider Verlag. 128-142.
- World Health Organization WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. WHO.
- World Health Organization WHO (1986/93). Ottawa Charta for Health Promotion: an international conference on health promotion. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization WHO (2001): Strengthening mental health promotion. Geneva (Fact sheet no. 220).
- World Health Organization WHO (2002a). Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on school health, Document 9.
- World Health Organization WHO (2002b): Der europäische Gesundheitsbericht 2002. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization WHO (2005): Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Helsinki: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2005): Familiäre Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe. Gutachten für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Wulff, H.R. (2002): The Relationship between Health, Disease and Quality of Life. In: Gimmler, A., Lenk, C. & Aumüller, G. (Hrsg.): Health and Quality of Life. Philosophical, Medical, and Cultural Aspects. *Ethik in der Praxis*. Kontroversen, 9. Münster. 27-36.

Zuhorst, G. (2000): Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In: Sting, S. & Zuhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag. 41-54.

elektronische Quellen

Bundesamt für Gesundheit (2010): Gesundheit in der Schweiz. Startseite. <http://www.bag.admin.ch> (Zugriffsdatum 22.07.2010).

Anhang

- Anhang A Soziodemographische Daten der Eltern zu T1
- Anhang B Differenzierte Beschreibung der Clusterstichprobe zu T1, T2 und T3
(Häufigkeiten) und Ausfall zwischen T1-T2 und T1-T3
- Anhang C Für vorliegende Arbeit relevante Fragebögen des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder*

Anhang A

Soziodemographische Daten der Eltern zu T I

Geschlecht ausfüllender Elternteil					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	680	88.2	88.2	88.2
	männlich	91	11.8	11.8	100.0
	Gesamt	771	100.0	100.0	

Nation Eltern					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	CH	610	79.1	79.6	79.6
	EU-EFTA	99	12.8	12.9	92.6
	Ost-Europa	34	4.4	4.4	97.0
	Amerika (Nord-, Mittel- und Südamerika)	15	1.9	2.0	99.0
	Übrige	8	1.0	1.0	100.0
	Gesamt	766	99.4	100.0	
Fehlend	System	5	.6		
Gesamt		771	100.0		

Erwerbstätigkeit Mutter					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	176	22.8	25.2	25.2
	10-40%	311	40.3	44.6	69.8
	50-80%	158	20.5	22.6	92.4
	90% und mehr	53	6.9	7.6	100.0
	Gesamt	698	90.5	100.0	
Fehlend	System	73	9.5		
Gesamt		771	100.0		

Erwerbstätigkeit von Vater					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	10	1.3	1.8	1.8
	10-40%	4	.5	.7	2.5
	50-80%	39	5.1	7.1	9.6
	90% und mehr	499	64.7	90.4	100.0
	Gesamt	552	71.6	100.0	
Fehlend	System	219	28.4		
Gesamt		771	100.0		

Höchster Bildungsstand Eltern					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Primarschule	21	2.7	2.7	2.7
	Sekundarschule	50	6.5	6.5	9.2
	Berufsbildung	318	41.2	41.4	50.7
	Maturität	145	18.8	18.9	69.5
	Fachhochschule / Universität	234	30.4	30.5	100.0
	Gesamt	768	99.6	100.0	
Fehlend	System	3	.4		
Gesamt		771	100.0		

Dauer Partnerschaft					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 bis 5 Jahre	52	6.7	7.0	7.0
	5 bis 10 Jahre	149	19.3	19.9	26.9
	10 bis 15 Jahre	344	44.6	46.1	73.0
	15 bis 20 Jahre	162	21.0	21.7	94.6
	20 bis 30 Jahre	37	4.8	5.0	99.6
	30 bis 40 Jahre	3	.4	.4	100.0
	Gesamt	747	96.9	100.0	
Fehlend	System	24	3.1		
Gesamt		771	100.0		

Zivilstand					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ledig	16	2.1	2.1	2.1
	verheiratet	660	85.6	86.2	88.3
	getrennt	36	4.7	4.7	93.0
	geschieden	51	6.6	6.7	99.6
	verwitwet	3	.4	.4	100.0
	Gesamt	766	99.4	100.0	
Fehlend	System	5	.6		
Gesamt		771	100.0		

Status Partnerschaft					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Heiratspläne	11	1.4	1.5	1.5
	in Krise	30	3.9	4.1	5.5
	Trennungsabsichten	8	1.0	1.1	6.6
	in Scheidung	22	2.9	3.0	9.6
	keine Kategorie trifft zu	668	86.6	90.4	100.0
	Gesamt	739	95.8	100.0	
Fehlend	System	32	4.2		
Gesamt		771	100.0		

Anhang B

Differenzierte Beschreibung der Clusterstichprobe zu T1, T2 und T3 (Häufigkeiten) und Ausfall zwischen T1-T2 und T1-T3

Geschlecht des ausfüllenden Elternteils in den drei Clustern über die Zeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up					
		T1 N=688	T2 N=538	T3 N=479	Ausfall
					T1-T2 T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	% %
Gültig	weiblich	608	483	439	21% 28%
	männlich	80	55	40	31% 50%
	Gesamt	688	538	479	22% 30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	% %
Gültig	weiblich	179	131	121	27% 32%
	männlich	26	18	13	31% 50%
	Gesamt	205	149	134	27% 35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	% %
Gültig	weiblich	275	230	209	16% 24%
	männlich	25	13	8	48% 68%
	Gesamt	300	243	217	19% 28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	% %
Gültig	weiblich	154	122	109	21% 29%
	männlich	29	24	19	17% 34%
	Gesamt	183	146	128	20% 30%

Anzahl Kinder in den Familien über die drei Messzeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up und Cluster						
		T1 N=688	T2 N=538	T3 N=479	Ausfall	
					T1-T2	T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	%	%
Gültig	1	78	58	51	26%	35%
	2	381	290	258	24%	32%
	3	173	141	129	18%	25%
	4	49	45	37	8%	24%
	5	3	3	3	0%	0%
	8	1	-	-	-	-
	10	1	1	1	0%	0%
	Gesamt	686	538	479	22%	30%
Fehlend System		2	-	-	-	-
Gesamt		688	538	479	22%	30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	1	27	18	15	33%	44%
	2	106	75	66	29%	38%
	3	52	39	37	25%	29%
	4	18	16	15	11%	17%
	10	1	1	1	0%	0%
	Gesamt	204	149	134	27%	34%
Fehlend System		1	-	-	-	-
Gesamt		205	149	134	27%	35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	%	%
Gültig	1	31	25	23	19%	26%
	2	174	137	126	21%	28%
	3	76	64	56	16%	26%
	4	17	16	11	6%	35%
	5	1	1	1	0%	0%
	8	1	-	-	-	-
	Gesamt	300	243	217	19%	28%
Fehlend System		-	-	-	-	-
Gesamt		300	243	217	19%	28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	1	20	15	13	25%	35%
	2	101	78	66	23%	35%
	3	45	38	36	16%	20%
	4	14	13	11	7%	21%
	5	2	2	2	0%	0%
	Gesamt	182	146	128	20%	30%
Fehlend System		1	-	-	-	-
Gesamt		183	146	128	20%	30%

Zivilstand der Eltern über die drei Messzeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up und Cluster						
		T1 N=688	T2 N=538	T3 N=479	Ausfall	
					T1-T2	T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	%	%
Gültig	ledig	15	12	8	20%	47%
	verheiratet	597	469	418	21%	30%
	getrennt	29	24	21	17%	28%
	geschieden	41	30	28	27%	32%
	verwitwet	3	3	4	0%	
	Gesamt	685	538	479	21%	30%
Fehlend System		3	-	-	-	-
Gesamt		688	538	479	22%	30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	ledig	5	4	3	20%	40%
	verheiratet	180	133	121	26%	33%
	getrennt	9	7	5	22%	44%
	geschieden	10	5	5	50%	50%
	verwitwet	-	-	-	-	-
	Gesamt	204	149	134	27%	34%
Fehlend System		1	-	-	-	-
Gesamt		205	149	134	27%	35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	%	%
Gültig	ledig	7	6	3	14%	57%
	verheiratet	260	210	187	19%	28%
	getrennt	14	11	11	21%	21%
	geschieden	16	13	13	19%	19%
	verwitwet	3	3	3	0%	0%
	Gesamt	300	243	217	19%	28%
Fehlend System		-	-	-	-	-
Gesamt		300	243	217	19%	28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	ledig	3	2	2	33%	33%
	verheiratet	157	126	110	20%	30%
	getrennt	6	6	5	0%	17%
	geschieden	15	12	10	20%	33%
	verwitwet	-	-	1	0%	
	Gesamt	181	146	128	19%	29%
Fehlend System		2	-	-	-	-
Gesamt		183	146	128	20%	30%

Wohnsituation der Familie über die drei Messzeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up und Cluster

		T1 N=688	T2 N=538	T3 N=479	Ausfall	
					T1-T2	T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	%	%
Gültig	mit Partner/in	610	479	423	21%	31%
	alleine	37	30	28	19%	24%
	getrennte H.	23	18	17	22%	26%
	anderes	5	4	4	20%	20%
	Gesamt	675	531	472	21%	30%
Fehlend	System	13	7	7	46%	46%
Gesamt		688	538	479	22%	30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	mit Partner/in	185	134	121	28%	35%
	alleine	6	6	5	0%	17%
	getrennte H.	9	6	5	33%	44%
	anderes	-	-	-	-	-
	Gesamt	200	146	131	27%	35%
Fehlend	System	5	3	3	40%	40%
Gesamt		205	149	134	27%	35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	%	%
Gültig	mit Partner/in	264	216	190	18%	28%
	alleine	20	15	15	25%	25%
	getrennte H.	10	8	7	20%	33%
	anderes	3	3	3	0%	0%
	Gesamt	297	242	215	19%	28%
Fehlend	System	3	1	2	67%	33%
Gesamt		300	243	217	19%	28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	mit Partner/in	161	129	112	19%	30%
	alleine	11	9	8	18%	27%
	getrennte H.	4	4	5	-	-
	anderes	2	1	1	50%	50%
	Gesamt	178	143	126	20%	29%
Fehlend	System	5	3	2	40%	60%
Gesamt		183	146	128	20%	30%

Dauer der Partnerschaft der Eltern in Jahren über die drei Messzeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up und Cluster

		T1	T2	T3	Ausfall	
		N=688	N=538	N=479	T1-T2	T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	%	%
Gültig	0 bis 5	46	36	34	22%	26%
	5 bis 10	138	102	94	26%	32%
	10 bis 15	307	245	216	20%	30%
	15 bis 20	146	115	99	21%	32%
	20 bis 30	32	26	23	19%	28%
	30 bis 40	2	2	2	0%	0%
	Gesamt	671	526	468	22%	30%
Fehlend System		17	12	11	29%	35%
Gesamt		688	538	479	22%	30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	0 bis 5	13	9	9	31%	31%
	5 bis 10	35	23	22	34%	37%
	10 bis 15	86	67	58	22%	33%
	15 bis 20	54	35	30	35%	44%
	20 bis 30	10	9	9	10%	10%
	30 bis 40	2	2	2	0%	0%
	Gesamt	200	145	130	28%	35%
Fehlend System		5	4	4	20%	20%
Gesamt		205	149	134	27%	35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	%	%
Gültig	0 bis 5	21	17	16	19%	24%
	5 bis 10	61	48	44	21%	28%
	10 bis 15	141	111	99	21%	30%
	15 bis 20	59	52	45	12%	24%
	20 bis 30	13	12	10	8%	23%
	30 bis 40	-	-	-	-	-
	Gesamt	295	240	214	19%	27%
Fehlend System		5	3	3	40%	40%
Gesamt		300	243	217	19%	28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	0 bis 5	12	10	9	17%	25%
	5 bis 10	42	31	28	26%	33%
	10 bis 15	80	67	59	16%	26%
	15 bis 20	33	28	24	15%	27%
	20 bis 30	9	5	4	44%	56%
	30 bis 40	-	-	-	-	-
	Gesamt	176	141	124	20%	30%
Fehlend System		7	5	4	29%	43%
Gesamt		183	146	128	20%	30%

Partnerschaftsstatus der Eltern über die drei Messzeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up und Cluster

		T1 N=688	T2 N=538	T3 N=479	Ausfall	
					T1-T2	T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	%	%
Gültig	Heiratspläne	11	9	6	18%	45%
	in Krise	27	22	19	19%	30%
	Trennungsabsichten	8	8	6	0%	25%
	Scheidung	19	14	10	26%	47%
	anderes	597	470	426	21%	29%
	Gesamt	662	523	467	21%	29%
Fehlend	System	26	15	12	42%	54%
Gesamt		688	538	479	22%	30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	Heiratspläne	4	2	-	50%	-
	in Krise	8	7	7	13%	13%
	Trennungsabsichten	3	3	3	0%	0%
	Scheidung	6	4	2	33%	67%
	anderes	176	131	120	26%	32%
	Gesamt	197	147	132	25%	33%
Fehlend	System	8	2	2	75%	75%
Gesamt		205	149	134	27%	35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	%	%
Gültig	Heiratspläne	3	3	2	0%	33%
	in Krise	10	7	5	33%	50%
	Trennungsabsichten	1	1	-	0%	-
	Scheidung	10	7	6	33%	40%
	anderes	266	216	197	19%	26%
	Gesamt	290	234	210	19%	28%
Fehlend	System	10	9	7	10%	33%
Gesamt		300	243	217	19%	28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	Heiratspläne	4	4	4	0%	0%
	in Krise	9	8	7	11%	22%
	Trennungsabsichten	4	4	3	0%	25%
	Scheidung	3	3	2	0%	33%
	anderes	155	123	109	21%	30%
	Gesamt	175	142	125	19%	29%
Fehlend	System	8	4	3	50%	63%
Gesamt		183	146	128	20%	30%

Nationalität der Eltern über die drei Messzeitpunkte Prä-, Postmessung und Follow-up und Cluster

		T1	T2	T3	Ausfall	
		N=688	N=538	N=479	T1-T2	T1-T3
Cluster GESAMT		T1	T2	T3	%	%
Gültig	CH	557	443	403	20%	28%
	EU-EFTA	85	64	52	25%	33%
	Ost-Europa	25	16	9	36%	64%
	Amerika	12	9	9	25%	25%
	Übrige	6	5	5	17%	17%
	Gesamt	685	537	478	22%	30%
Fehlend System		3	1	1	66%	-
Gesamt		688	538	479	22%	30%
Cluster POSITIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	CH	165	125	113	24%	32%
	EU-EFTA	28	17	14	39%	50%
	Ost-Europa	4	2	2	50%	50%
	Amerika	3	2	2	33%	33%
	Übrige	3	2	2	33%	33%
	Gesamt	203	148	133	27%	34%
Fehlend System		2	1	1	50%	-
Gesamt		205	149	134	27%	35%
Cluster MITTEL		T1	T2	T3	%	%
Gültig	CH	251	205	188	18%	25%
	EU-EFTA	31	27	22	13%	29%
	Ost-Europa	11	6	2	45%	82%
	Amerika	5	3	3	40%	40%
	Übrige	2	2	2	-	-
	Gesamt	300	243	217	19%	28%
Fehlend System		-	-	-	-	-
Gesamt		300	243	217	19%	28%
Cluster NEGATIV		T1	T2	T3	%	%
Gültig	CH	141	113	102	20%	28%
	EU-EFTA	26	20	16	23%	38%
	Ost-Europa	10	8	5	20%	50%
	Amerika	4	4	4	-	-
	Übrige	1	1	1	-	-
	Gesamt	182	146	128	20%	30%
Fehlend System		1	-	-	100%	-
Gesamt		183	146	128	20%	30%

Anhang C

Für vorliegende Arbeit relevante Fragebögen des Projekts *Eltern und Schule stärken Kinder*

Fragebogen zum positiven, verstärkenden und fördernden Erziehungsverhalten (FZEV; Miller 2001)

Im Folgenden werden Sie gebeten, einige Fragen zur Erziehung zu beantworten. Bei jeder Frage haben Sie vier Antwortmöglichkeiten. Bitte beziehen Sie sich bei allen Fragen auf das Kind, welches am ESSKI-Modell teilnimmt.

Bitte kreuzen Sie jeweils den Punkt auf der Skala an, der Ihr eigenes Verhalten in den letzten zwei Monaten am besten beschreibt.

		Nur eine Antwort pro Zeile!			
		1 nie	2 selten/ manchmal	3 oft	4 sehr oft
1	ich spiele mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	ich lache gemeinsam mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	ich erzähle meinem Kind etwas von mir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	ich lobe mein Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	ich zeige meinem Kind Anerkennung, wenn es Dinge tut, die mir gefallen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	wenn mein Kind zu mir kommt und ich beschäftigt bin, versuche ich es in meine Tätigkeit einzubeziehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	ich unternehme etwas mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	ich habe Spass mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	ich unterhalte mich mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	ich sage meinem Kind etwas Nettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	ich schmuse mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	ich spiele mit meinem Kind Rollen- oder Puppenspiele <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	wenn mein Kind mir etwas zeigen will, nehme ich mir die Zeit dafür <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Erziehungsfragebogen (EFB-K; Miller 2001)

Von Zeit zu Zeit verhalten sich alle Kinder ungezogen oder unangemessen. Sie tun Dinge, die ihnen selbst oder anderen schaden oder die ihre Eltern nicht mögen. Eltern haben unterschiedliche Auffassungen darüber, was unter ungezogenem oder unangemessenem Verhalten zu verstehen ist.

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft!

Nur eine Antwort pro Zeile!

		1	2	3	4	5	6	7	
1	wenn mich mein Kind nervt und mir keine Ruhe lässt...								
	<i>kann ich das gut ignorieren</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>kann ich das nicht ignorieren</i>
2	ich drohe mit Dingen...								
	<i>bei denen ich sicher bin, dass ich sie verwirklichen kann</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>von denen ich weiss, dass ich sie nicht tun werde</i>
3	ich bin eine Mutter/ein Vater...								
	<i>die/der Grenzen setzt und meinem Kind sagt, was erlaubt ist und was nicht</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>die/der mein Kind das tun lässt, was es will</i>
4	wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält...								
	<i>hebe ich meine Stimme oder schreie mein Kind an</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>spreche ich ruhig mit meinem Kind</i>
5	wenn mein Kind nicht in meiner Nähe ist...								
	<i>weiss ich oft nicht, was es gerade tut</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>weiss ich meistens in etwa, was es gerade tut</i>
6	wenn mein Kind etwas tut, was ich nicht mag...								
	<i>unternehme ich jedesmal etwas dagegen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>lasse ich es oft einfach durchgehen</i>
7	wenn es ein Problem mit meinem Kind gibt...								
	<i>entgleitet mir die Situation häufig, und ich tue Dinge, die ich gar nicht tun wollte</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>habe ich mich unter Kontrolle</i>
8	wenn ich eine angemessene Drohung oder Warnung ausspreche...								
	<i>setze ich sie oft nicht in die Tat um</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>setze ich sie auch in die Tat um</i>
9	wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält...								
	<i>gehe ich damit um, ohne mich aus der Fassung bringen zu lassen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>bin ich so verärgert und frustriert, dass mein Kind merkt, dass es mich aus der Fassung gebracht hat</i>
10	wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält...								
	<i>fluche ich selten und gebrauche selten Schimpfwörter</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>fluche ich oft und gebrauche oft Schimpfwörter</i>
11	wenn ich meinem Kind etwas verboten habe...								
	<i>lasse ich es mein Kind dann häufig trotzdem tun</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>halte ich mich an das, was ich gesagt habe</i>
12	wenn mein Kind etwas tut, das ich nicht möchte...								
	<i>sage ich nie oder selten gemeine und verletzende Sachen oder Beschimpfungen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>sage ich meistens gemeine und verletzende Sachen oder Beschimpfungen</i>
13	wenn mein Kind sich aufregt, wenn ich ihm etwas verboten habe...								
	<i>nehme ich das Verbot zurück</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>bleibe ich dabei</i>

Verhalten in Risikosituationen / Selbstwirksamkeit (VER; Sanders & Woolley 2005)**Wie gut könnten Sie in den folgenden Situationen Schwierigkeiten im Verhalten Ihres Kindes bewältigen?**

Nur eine Antwort pro Zeile!

	1 nicht gut	2 eher nicht gut	3 eher gut	4 gut
Ich glaube, ich könnte dasbewältigen →				
1 mein Kind aufwecken und zum Aufstehen bewegen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 meinem Kind beim Waschen, Baden und Zähneputzen helfen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 mit meinem Kind zum Arzt gehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 mein Kind dazu bewegen, sich fertig zu machen, um das Haus zu verlassen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 mein Kind dazu bewegen, im Haushalt mitzuhelfen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 mit meinem Kind einkaufen gehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 längere Autofahrten mit meinem Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 mein Kind in den Kindergarten / in die Schule bringen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 Freunde oder Verwandte besuchen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 Hausaufgaben erledigen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 zuhause Besuch bekommen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 ich unterhalte mich mit einem anderen Erwachsenen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 ich telefoniere <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 ich bereite das Essen zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 ich bin mit Hausarbeiten beschäftigt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16 mein Kind weigert sich, das zu tun, was ihm gesagt wurde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17 mein Kind wird wütend, weil etwas nicht nach seinem Willen geht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 mein Kind wird trotzig, wenn es gebeten wurde, etwas zu tun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19 mein Kind bekommt einen Wutanfall <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20 mein Kind widerspricht mir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21 mein Kind jammert oder quengelt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22 mein Kind unterbricht mich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23 mein Kind weigert sich, zu essen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24 mein Kind weigert sich, einfache Aufgaben zu erledigen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25 mein Kind streitet mit mir über Regeln <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26 mein Kind fordert ständig Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27 mein Kind trödelte beim Anziehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28 mein Kind trödelte beim Essen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DASS-K (Depression-Anxiety-Stress Scales/DASS-21; Langform Lovibond & Lovibond 1995)

Hier geht es um Ihren Umgang mit belastenden Situationen.

Während der letzten beiden Wochen....

		1	2	3	4
		nie	selten, manch- mal	häufig, oft	sehr oft, die meis- te Zeit
1	fiel es mir schwer, mich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	litt ich unter Mundtrockenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	hatte ich Atembeschwerden (z.B. Atemnot) ohne körperliche Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	hatte ich Schwierigkeiten, die Initiative aufzubringen, etwas zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	neigte ich dazu, in bestimmten Situationen überempfindlich oder übertrieben zu reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	litt ich unter Zittern meiner Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	benötigte ich sehr viel Schwung und Energie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	machte ich mir Sorgen über Situationen, in denen ich panisch reagieren oder mich blamieren könnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	war ich aufgeregt und aufgewühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	konnte ich mich kaum entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	war ich niedergeschlagen und traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	war ich wütend auf alles, was mich daran hinderte, meine Beschäftigung fortzuführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	war ich kurz davor, panisch zu reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	konnte ich für nichts Begeisterung empfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	fühlte ich mich als Person wertlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	reagierte ich empfindlicher als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	spürte ich ohne körperliche Belastung unregelmässigen Herzschlag bzw. Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	dachte ich, mein Leben hat keinen Sinn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Resilienzskala (RS-II; Schumacher et al. 2004)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, das am ehesten zutrifft!

Nur eine Antwort pro Zeile!							
	1	2	3	4	5	6	7
	I=nein			7=ja			
	Ich stimme nicht zu			Ich stimme völlig zu			
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.						
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.						
3	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.						
4	Ich mag mich.						
5	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.						
6	Ich bin entschlossen.						
7	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.						
8	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.						
9	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.						
10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.						
11	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.						

Lebenszufriedenheit (Bodenmann 1999)**Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwortalternative an.**

	1	2	3	4	5
	gar nicht	eher nicht	eher	ziemlich	sehr
1 Sind Sie insgesamt zufrieden mit Ihrem Leben? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Haben Sie viele Probleme? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 In welchem Mass entspricht Ihr Leben Ihren Wunschvorstellungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Können Sie Ihre Lebenssituation bejahen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Sind Sie zufrieden mit sich selbst? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Relationship Assessment Scale (RAS; Hendrick 1988)**Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antwortalternative bezüglich der Beziehung zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin an.**

	1	2	3	4	5
	sehr un- zufrieden	eher un- zufrieden	teils-teils	eher zufrieden	zufrieden
1 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Beziehung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	schlecht	eher schlecht	durch- schnittlich	eher gut	gut
2 Wie gut ist ihre Beziehung verglichen mit anderen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
	überhaupt nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	voll- kommen
3 Wie gut kommt Ihr Partner Ihren Bedürfnissen entgegen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 1997)

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren folgenden Angaben das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten. Bitte machen Sie alle Angaben so gut sie können, auch wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt.

Nur eine Antwort pro Zeile!

	1 nicht zutref- fend	2 teilweise zutreffend	3 eindeutig zutreffend
1 rücksichtsvoll <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 teilt gerne mit anderen Kindern (Süssigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Einzelgänger; spielt meist alleine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 ständig zappelig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 leicht ablenkbar, unkonzentriert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16 nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17 lieb zu jüngeren Kindern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 lügt oder mogelt häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19 wird von anderen gehänselt oder schikaniert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20 hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21 denkt nach, bevor er/sie handelt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22 stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23 kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24 hat viele Ängste; fürchtet sich leicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25 führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		1	2	3	4
		nein	ja, leichte Schwierig- keiten	ja, deutliche Schwierig- keiten	ja, massive Schwierig- keiten
26	Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:					
28	Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?	weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	über ein Jahr
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?	gar nicht	kaum	deutlich	massiv
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?				
31	zu Hause.....	gar nicht	kaum	deutlich	schwer
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	mit Freunden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	im Unterricht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	in der Freizeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?	keine Belas- tung	leichte Belas- tung	deutliche Belastung	schwere Belastung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Curriculum Vitae

Michaela Ida Schönenberger Schoemaker

Geburtsdatum 18.02.1976

Heimatort Kirchberg/SG

Ausbildung

2005 – 2011	Doktorat Universität Zürich, Schweiz
2004	Abschluss lic.phil. I an der Universität Zürich, Schweiz
1997 – 2004	Universität Zürich, Schweiz Hauptfach: Deutsche Sprach- und Literaturwissenschaft 1. Nebenfach: Sozialpädagogik 2. Nebenfach: Niederländische Sprach- und Literaturwissenschaft
1999 – 2000	Universiteit van Amsterdam, Niederlande, ERASMUS-Studienjahr
1990 – 1996	Gymnasium Theresianum Ingenbohl, Schweiz
1988 – 1990	Sekundarschule Gouglera, Giffers, Schweiz

Arbeit

2011 –	Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GGD), Amsterdam, Niederlande <i>Functionaris Gezondheidsbevordering</i>
2004 – 2011	Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, Schweiz <i>Wissenschaftliche Mitarbeiterin</i>
2005	Forschungsbereich Schulqualität und Schulentwicklung, Pädagogisches Institut der Universität Zürich, Schweiz <i>Wissenschaftliche Mitarbeiterin</i>
2004 – 2005	Migros Klubschule, Abteilung Sprachen, Zürich, Schweiz <i>Dozentin Deutsch als Fremdsprache</i>
2003	Ente Nazionale ACLI Istruzione Professionale (ENAIPI), Berufsschule für Aus- und Weiterbildung, Zürich, Schweiz <i>Wissenschaftliche Mitarbeiterin</i>